Rok XXXIX. Kraków, 14 Kwietnia 1900. Nr. 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Jordana.**

O krwotokach, przydarzających się w trzecim okresie porodu i bezpośrednio po porodzie

podał

Dr. Stanisław Dobrowolski, asystent kliniki.

(Według odczytu na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 21 lutego 1900 r.).

Krwotoki, przydarzające się w trzecim okresie porodowym i bezpośrednio po porodzie, dochodzić mogą do tak znacznych rozmiarów, że częstokroć wyprowadzają z równowagi doświadczonego położnika, a tem większą grozą przejmować muszą niespecyalistów. Kto się nie oswoił z widokiem tych właśnie obfitych krwawień, kto się sam naocznie nie przekonał o tem, o ile większą utratę krwi zniesie ustrój położnicy od każdego innego ustroju, kto nie miał sposobności stwierdzenia, jak szybko ustrój położnicy potrafi wypełnić lukę w swem gospodarstwie, powstałą z powodu krwotoku, ten z wszelką pewnością zwątpi o życiu położnicy już przy krwotoku nawet miernego nasilenia. A zdarzy się to także nawet lekarzowi-operatorowi, który przecież z krwotokami jest bardziej obyty.

Nie zamierzyłem jednak opisywać grozy wspomnianych krwawień; istotnym celem moim jest przedstawić na podstawie statystyki kliniki Prof. Jordana za ostatnie sześciolecie, jakie krwotoki w wspomnianych okresach porodu się przydarzają, jak się szuka za ich źródłem i jak się wobec nich postępuje.

Ogólnie, gdzie mowa o krwotokach w tych okresach porodu, tam wszędzie na pierwszem miejscu znajdujemy krwotoki atoniczne. Z tego powodu inne źródła krwotoku, zesunięte na drugi plan, tak mało powszechnie utkwiły w pamięci ogółu lekarzy, tak mało lekarze przyzwyczaili się szukać miejsca krwawiącego, że skoro znajdą się wobec przypadku krwotoku w tych okresach, najczęściej myśli swe kierują do krwotoku atonicznego, a co za tem idzie, działanie swe ograniczają do usunięcia tego domyślnego niedowładu macicy. Leczenie takie, bez dokładnego odnalezienia przyczyny schorzenia, jest tylko czysto objawowem, tem samem często bezskutecznem, a nieraz szkodliwem.

T. zw. krwotoki atoniczne są wywołane nieodpowiedniem kurczeniem się macicy; przydarzają się często, ale przecież nie tak często, jak to zwykło się przypuszczać. Że tak jest w rzeczywistości, świadczy najlepiej statystyka porodów klinicznych, którą poniżej przytoczę.

Co do częstości ustępują im, ale nieznacznie, krwotoki, które swe źródło mają w pęknięciach szyi. Na te właśnie krwotoki chciałbym dziś baczniejszą zwrócić uwagę, gdyż one z pewnością przy rozpoznawaniu bywają pomijane, a z tego też powodu i nieodpowiednio leczone. Ten rodzaj krwawienia jest również tak samo groźny, a może więcej niebezpieczny, niż krwotok atoniczny. A dlaczego tak jest, to łatwo zrozumieć; krwotok ten ma swe źródło w przedarciach pojedynczych gałązek tętnicy macicznej, gałązek, znacznie z powodu ciąży rozszerzonych. Zranienie zaś takich naczyń musi wywołać krwotok o cechach krwotoku ciągłego, tętniczego. Krwotok ten posiada cechy, różniące go od krwotoku atonicznego, a jako krwotok zupełnie odrębny wymaga odrębnego i swoistego postępowania w leczeniu.

Rozpatrując się dalej w krwotokach tych okresów porodu, wspomnę także o krwotokach, przydarzających się jedynie i wyłącznie wskutek częściowego odklejenia się łożyska w trzecim okresie porodu. Źródłem tego rodzaju krwotoków — jest również niedowład macicy, ale niedowład, mający jasną przyczynę w tem, że do powstania jego przyczynia się jedynie i wyłącznie zatrzymane łożysko w jamie macicy, częściowo już odklejone. Znaczniejsze krwotoki mogą wreszcie mieć swe źródło w przerwaniach pochwy, przedsionka, pęknięciach żylaków sromnych i w przedarciach tkanek, okalających łechtaczkę, względnie ujście cewki moczowej.

Krwotoki, z reguły znacznie mniejsze, przydarzają się przy pęknięciach krocza, o nich też, jako nieznacznych i bardzo co do swego pochodzenia jasnych, w dalszym ciągu wspominać wcale nie będę.

Jak często w ogóle krwotoki przydarzają się bez względu na swoją etyologię, to na to pytanie najlepiej odpowie statystyka kliniczna.

W klinice krakowskiej w ostatnich latach sześciu odbyło się 1597 porodów, z tych w 212 przypadkach notowano krwotoki, co daje 13,3% krwotoków. Do przedstawienia zaś wzajemnego stosunku pojedynczych źródeł krwotoku, niech posłuży następujące zestawienie I.

Tablica I.

Rok szkolny	Krwotok przed odejśc. łożyska	Krwotok atoniczny	Krwotok z pęknięcia szyi	Krwotok z pęknięcia pochwy	Krwotok z okolicy łechtaczki i ujścia cewki	Krwotok z żylaków sromu i przedsionka	RAZEM
1893/4	7	8	4	2	1		22
1894/5	7	14	4	4	3	2	34
1895/6	17	15	6	11	3	3	55
1896/7	16	13	7	11	5	2	54
1897/8	8	7	3	6	2		26
1898/9	8	11	19	6		3	47
1899		2	4	1			7
Suma	63	70	47	41	14	10	245

Z zestawienia powyższego wynika, że w ciągu sześciu lat było w klinice 63 krwawień, które wyłącznie odnieść było można do częściowego odklejenia się łożyska, 70 krwotoków atonicznych, 47 krwotoków wskutek przedarcia szyi, 41 wskutek przedarcia pochwy, 14 z powodu pęknięć około cewki i łechtaczki, 10 z powodu pęknięcia żylaków i przedsionka. Ogólna liczba zestawionych krwawień 245 nie zgadza się z liczbą powyżej wymienioną 212, a to dlatego, że u jednej i tej samej rodzącej krwotok równocześnie miał kilka źródeł swego powstania.

Rozpoznanie w trzecim okresie porodu, skąd krwawienie pochodzi, nie należy do rzeczy nadmiernie trudnych; wymaga jednak bardzo szybkiego oryentowania się, gdyż każda chwila niepotrzebnie stracona może stanowić o życiu kobiety. Skoro krwotok wystąpi bezpośrednio po urodzeniu się płodu, to rzecz jasna, że krwotok ten może pochodzić albo z macicy, albo też z obrażenia szyi lub niższego odcinka narządów rodnych. Jeżeli krwotok pochodzi z macicy, to krew sączy się z miejsca łożyskowego, od którego już częściowo łożysko się oddzieliło. Łożysko, jak wiadomo, może odklejać się według dwóch typów, zwanych mechanizmami. Jeden typ, to mechanizm Schultzego; tu, jeżeli łożysko się częściowo odklei, to krew gromadzi się między miejscem łożyskowem, a częścią odklejoną łożyska. Przy tym rodzaju krwawienia mogą być tylko objawy krwotoku wewnętrznego, t. j. nagłe powiększenie się rozmiarów macicy przy ogólnych objawach ostrej niedokrewności. Inaczej będzie przy mechanizmie Dunkana: tu krew, wylewająca się z miejsca łożyskowego, może odpływać na zewnątrz; odpływ krwi raz będzie skąpszy, to znowu obfitszy, zależnie od tego, czy macica będzie w skurczu, czy też w rozkurczu. Większą ilość krwi i to zwykle częściowo skrzepłej wypierają skurcze maciczne; krew odpływająca ma cechy krwi żylnej.

Podobne cechy posiada krwawienie i krew odpływająca przy krwotokach atonicznych po odejściu łożyska. Tu krwawienie trwa podczas każdego rozkurczu, a nagle zwiększa się z początkiem każdego skurczu. Dlaczego krwawienie, będące wynikiem niedowładu macicy, ma te cechy, to łatwo jest zrozumiałe. Skoro macica się rozkurczy, wylewa się krew z miejsca łożyskowego, może ona przez drogi porodowe otwarte spływać na zewnątrz, ale równocześnie, co nawet częściej się przydarza, nagromadza się ona w jamie macicy, gdyż ściany macicy rozkurczonej łatwo poddają się nagromadzającej się w jamie krwi. Krew gromadząca się w jamie macicznej, posiada warunki do krzepnięcia. Skoro przy tak rozdętych ścianach powstanie skurcz macicy, to on w pierwszym rzędzie musi spowodować nagłe wypróżnienie jamy, a co za tem idzie, nagle wielka ilość krwi wraz ze skrzepami musi być wydaloną na zewnątrz.

Nie zawsze jednakże przy krwotoku atonicznym jest zachowany wspomniany typ krwawienia; czasami, i to w najgroźniejszych przypadkach, wprost leje się krew strumieniami bez przerwy, a to dlatego, gdyż w tych przypadkach utrzymuje się ciągły i trwały rozkurcz macicy. Są to przypadki bardzo groźne, na szczęście jedak należą one do wyjątków, a występują po bardzo znacznych rozdęciach ścian macicy, jak po ciąży bliźniaczej lub przy nadmiarze potoku (hydramnios). Krwotok atoniczny rozpoznać łatwo przez zbadanie ręką od powłok, mianowicie — jak się zachowuje macica; gdyż macica dobrze skurczona wyklucza odrazu krwotok atoniczny. Jedynym wyjątkiem od tej reguły są tu krwotoki z częściowego wynicowania macicy, czyli krwotoki mające swe źródło w porażeniu miejsca łożyskowego. Tu nie cały mięsień macicy jest niedowładnym, owszem znaczny odcinek macicy jest dobrze skurczony, a tylko miejsce łożyskowe nie bierze udziału w skurczach i z tego powodu wpukla się do jamy macicznej w kształcie lejka, ugniecionego dookoła dobrze skurczonym miąższem macicznym. Przypadki takiego częściowego wynicowania macicy należą do rzadkości.

Krwotok z macicy, nawet dobrze skurczonej, może zdarzać się również przy ogólnych schorzeniach, jak w wadzie serca, będącej w okresie niedomogi, lub też krwawiączce. Przy wadzie serca krwotok taki jest wynikiem ogólnego zastoju, w krwawiączce *(haemophilia)* jest objawem schorzenia narządów krążenia. Pod wpływem wspomnianych chorób ogólnych krwotoki jednakże nie tylko mogą mieć swe źródło w macicy z miejsca łożyskowego, ale podobnie z każdego obrażonego miejsca przewodu rodnego, a nawet z najmniejszego otarcia. Jako przykład mogę przytoczyć przypadek, który niedawno spostrzegałem w klinice (l. p. 15 (219) z roku 1899/1900). Dotyczył on kobiety, dotkniętej wadą serca w okresie jego niedomogi i obustronnem zapaleniem płuc. Ogólny zastój znacznego stopnia w krążeniu sprowadził u tej chorej śmierć dziecka i poród przedwczesny w 8 miesiącu księżycowym. Przy porodzie tym, zresztą prawidłowo przebiegającym, powstały bardzo drobne otarcia na wewnętrznej powierzchni warg sromnych mniejszych, z tych to otarć zwykłych powstał krwotok znacznych rozmiarów; nasilenie jego było takie, jak gdyby równocześnie w kilku miejscach pękło kilka żylaków. Macica w tym przypadku bardzo dobrze się kurczyła i z macicy krwotoku nie było żadnego.

Muszę jeszcze powrócić na chwilę do krwotoków atonicznych, a to w tym celu, by odpowiedzieć na pytanie, w jakim czasie po porodzie te krwotoki mogą się przydarzyć. Największe niebezpieczeństwo ich pojawienia się istnieje zaraz w pierwszym kwadransie po porodzie łożyska; nie wypływa z tego jednakże wcale, by po upływie tego okresu czasu krwotok z niedowładu macicy już nie mógł wystąpić. Owszem dość często przydarza się, że wkrótce po porodzie wypłynie z macicy podczas rozkurczu względnie nieznaczna ilość krwi, niejako tylko ślad krwotoku atonicznego; po tem dobrowolnie wystąpi skurcz macicy i krwawienie zniknie zupełnie, a dopiero po szeregu minut, a nawet w 2 do 3 godzin, bardzo wyjątkowo później, może się nagle pojawić bardzo groźny krwotok atoniczny. Taki typ krwawień atonicznych nie należy wcale do rzadkości.

Zupełnie inny typ krwawienia będą miały krwotoki, pochodzące z obrażeń przewodu rodnego. I tak jeżeli po odejściu łożyska, a przy dobrze skurczonej macicy i przy braku jakiegoś ogólnego schorzenia rodzącej, wystąpi krwotok, jeśli ten krwotok trwa bez przerwy i ma cechy krwotoku tętniczego, to łatwo wykluczyć odrazu wszelkie krwotoki z macicy, a musimy bacznie szukać przyczyny w szyi, pochwie i na sromie. Odszukanie miejsca krwawiącego w tych razach nie będzie prawie nigdy natrafiało na wielkie przeszkody; nierzadko bowiem zbadanie palcem, a co właściwsze, obejrzenie wspomnianych dróg porodowych we wzierniku łyżkowym, odkryje źródło krwotoku.

Najobfitsze ze wspomnianych krwawień są krwawienia, pochodzące z przedarć szyjki. Rzecz to zupełnie jasna: przy przedarciach szyjki mogą uledz przerwaniu nawet grube gałązki tętnicy macicznej i wywołać bardzo znaczny krwotok tętniczy.

Znaczne krwotoki, dosyć trudne czasam do opanowania, są krwotoki, powstałe z przedarcia żylaków. Jako przykład niech mi wolno będzie przytoczyć przypadek, który mam w pamięci, gdyż przed kilku miesiącami spostrzegałem go w klinice. Dotyczył on ciężarnej w 7 miesiącu księżycowym, u której prawdopodobnie podczas spółkowania pękł żylak wargi sromnej. Z żylaka tego powstał tak mocny krwotok, że przez bardzo krótki czas, jaki potrzebowała na przybycie do kliniki, mimo podpaski uciskającej była bardzo znacznie skrwawiona.

Podobnie obfite pojawiają się krwotoki z pęknięć okolicy łechtaczki i ujścia cewki moczowej, mniej zaś obfite z pochwy.

Ze względów praktycznych będzie rzeczą zajmującą przedstawienie, wśród jakich warunków krwotoki z tych pojedynczych źródeł występują, co postaram się kolejno przedstawić.

Krwotoki, występujące przed odejściem łożyska, a mające wyłącznie swe źródło w macicy, mogą się tylko pojawiać wtedy, gdy część łożyska się odkleiła. Wtedy musi krwawić przy każdym rozkurczu z miejsca łożyskowego; skurcz stały i dobry macicy wystąpić nie może, gdyż temu przeszkadza obecność w jamie macicy ciała obcego, którego najpierw macica pozbyć się musi. Krwotoki te nie bywają zwykle zbyt obfite, jeżeli się odpowiednio trzeci okres porodu prowadzi. Odklejenie łożyska powstaje podczas skurczu macicy, przeto należy tylko wywołać skurcz macicy, a już ma się wszelkie warunki, by i ta część łożyska jeszcze nie odklejona oddzieliła się od powierzchni łożyskowej. Zwykle też to po kilku skurczach macicy następuje, wyjąwszy chyba takie przypadki, gdzie między łożyskiem, a ścianą macicy istnieją bardzo ścisłe zrosty, co w każdym razie należy do rzadszych wydarzeń. Jeżeli takie częściowe przyrośnięcie łożyska rzeczywiście się przydarzy, to wtedy samoistne odklejenie jest niemożliwem, a rodząca naturalnie bez odpowiedniej pomocy musiałaby się skrwawić. Wśród jakich warunków ten rodzaj krwotoków się pojawia, najlepiej wykaże następujące zestawienie:

Tablica II.

L. prot. klin.	Wiek	Która ciąża	Operacye	Powikłanie porodu
		R o k 1893/4.		
18	18	XII	obrót	
165	25	II		
175	21	II	wydobycie płodu	
234	24	I	kleszcze nizkie	
296	33	IV		zapalenie nerek
310	31	I		bliźnięta
314	40	I	pomoc ręczna	bliźnięta
		R o k 1894/5.		
36	28	II	obrót, wydobycie	
83	28	I	kleszcze wysokie	
122	35	II		
320	34	VII	obrót, wydobycie	bliźnięta
321	36	I	kleszcze nizkie	
329	20	I		
355	22	VII		
		R o k 1895/6.		
17	26	I		
18	30	VII		
32	21	I		
35	29	II	kleszcze nizkie	
41	26			bliźnięta
72	27	I	kleszcze nizkie	
79	40	X	kleszcze wysokie	
123	30	I		
125	35	VIII		
213		II		
238	33	I		
243		II		
264	23	I	pomoc ręczna	
322	27	II		
327	24	I		
333	37	X	obrót	łożysko przodujące
340	28	I	kleszcze nizkie	
		R o k 1996/7.		
16	20	I		
65	23	I	wymóżdżenie	
121	32	V		
149	47	VIII	obrót	
154	26	I	symfis. kleszcze niz.	
156	35	IV	kleszcze wysokie	
162	20	I	kleszcze nizkie	
180	24	II		
185	28	II		
202	33	III	obrót	
209	35	IX		
224	42	III		
227	40	V	kleszcze nizkie	
231	20	I		
248	24	II		
253	24	II		
283	30	II		
		R o k 1997/8.		
20	20	I	kleszcze nizkie	
72	27	II		
87	22	I		
111	35	II	symfiseotomia	
190	27	II		
205	22	I		
219	30	III		
233	25	II	pomoc	
		R o k 1898/9.		
18	19	I		
24	16	I		
54	26	I		
57	37	III		
142	23	II		
154	35	VI	obrót	
155	26	II	pomoc ręczna	bliźnięta
159	21	I	wygniecenie	

Jak z powyższego zestawienia wynika, krwotoki powstałe wskutek nieodpowiedniego wydzielania się łożyska przy-

darzają się częściej u wieloródek, przeto u kobiet w późniejszym wieku. Do nieprawidłości w odklejeniu się łożyska przyczyniają się zmiany zapalne błony śluzowej macicy, które częściej, jak zestawienie wyraźnie wskazuje, przydarzają się znowu u wieloródek, aniżeli u pierwiastek. Ważną rolę w tej nieprawidłości porodu odgrywają również zapalenia nerek, jednakże w zestawieniu powyższem to nie jest uwidocznione. Wynika to stąd, że często bardzo zmianom w nerkach towarzyszą bardzo rozległe zmiany w utkaniu łożyskowem i to w całej jego rozległości tak, że łożysko wcale od swego miejsca łożyskowego się nie odkleja, a co z tego wynika, że w takich razach wcale krwawienia żadnego niema. Zestawienie to poucza, że na powyższy rodzaj krwawienia zabiegi operacyjne, wykonane w I. okresie porodowym, wcale wpływu nie mają. (C. d. n.)

II. Trąd męskiego narządu płciowego.

Podał

Radca zdrowia **Dr. Leopold Glück**

Prym. szpitala kraj. w Sarajewie.

(Dokończenie).

S y m p t o m a t o l o g i a i p r z e b i e g. Trąd narządu płciowego u mężczyzn głównie występuje w dwóch postaciach, nie rzadko z sobą powikłanych, mianowicie, jako całkowita lub częściowa wada rozwojowa, albo też jako postać swoiście nowotworowa, która zwykła przybierać różne kształty ze względu na swoje umiejscowienie i zaczątkowe rozwinięcie; w pierwszym przypadku zmiany te należy uważać za następstwo cierpienia ogólnego, w drugim zaś jako działanie istot chorobotwórczych. Oczywiście, przeszkody rozwojowe dadzą się tylko stwierdzić u takich chorych, którzy już trędowatymi byli przed, albo podczas okresu dojrzewania płciowego; w tych przypadkach cały narząd rodny pozostaje albo na stopniu dziecięcym, lub też, — co się częściej zdarza, — przeszkoda rozwojowa dotyczy tylko samych jąder. W wyjątkowych zaś razach można także spotkać, że przy prawidłowo rozwiniętych jądrach samo prącie pod względem rozrostu nie dotrzymało kroku.

Dziecięcy niedorozwój (*infantilismus*) narządu płciowego u trędowatych mężczyzn znamionuje się drobnymi rozmiarami prącia, moszen i jąder, nie odpowiadającymi wiekowi, ani wzrostowi osobnika, zarówno jak i brakiem porostu na wzgórku łonowym. Tego rodzaju przypadki są stosunkowo rzadkie — my spostrzegaliśmy ich tylko cztery.

Jeśli przeszkoda rozwojowa dotyczy jąder, to one rzadko kiedy są większe od orzecha i bywają albo bardzo zbite, albo też miękie i gładkie; w wyjątkowych razach mogą także jądra posiadać guzowatą powierzchnię, co wskazuje na usadowienie się tam guzów trądowych. Również zdarza się, że tylko jedno jądro bywa nierozwinięte, podczas gdy drugie jest albo prawidłowe, albo też okazuje inne objawy chorobowe.

Częstość zaś tego zupełnego lub częściowego niedorozwoju jąder wyjaśnia następujące zestawienie: na 44 naszych chorych było 18, u których objawy trądu wystąpiły przed, względnie podczas okresu dojrzewania płciowego; z tych było 4 z zupełnym niedorozwojem jąder, a 9 z częściowym, — z czego wynika, że 29·5% mężczyzn wogóle, dotkniętych trądem guzowatym i mięszanym, a 72% tych, którzy zachorowali przed okresem dojrzałości płciowej, miało albo zupełnie, albo częściowo nierozwinięty narząd rodny.

Obok przeszkód w rozwoju należy uwzględnić działanie zanikowe trądu. Według naszych dotychczasowych spostrzeżeń zanikowi ulegają wyłącznie jądra. Z liczby 26 chorych, u których trąd wystąpił po okresie dojrzewania płciowego, miało 9, tj. 34·6%, więcej lub mniej zanikłe jądra. I w tych przypadkach zmiany nie dotyczyły zawsze obydwóch jąder; u 3 było tylko jedno zmniejszone, podczas gdy drugie znaleziono albo zupełnie prawidłowe, albo też w inny sposób trądowo zmienione.

Rozporządzamy zbyt szczupłą liczbą chorych, by módz odpowiedzieć na pytanie, czy zanik jąder, występujący w przebiegu omawianego cierpienia, jest wynikiem trądu, jako cierpienia ogólnego, czy też jest następstwem swoistych, ale już przebytych spraw zapalnych miejscowych. Okoliczność jednak, że w niektórych przypadkach pojawia się samoistny zanik jąder, w drugich zaś — obok zaniku istnieją także i inne zmiany chorobowe, jak np. stwardnienia poszczególnych części, obecność guzów — dowodzi, że trądowy zanik jąder może powstać jednym i drugim sposobem.

Ani dziecięcy rozwój części rodnych, ani ich zanik, nie okazują żadnych takich znamion, po którychby można rozpoznać miejscową sprawę chorobową, jako trąd. Niczem ona się nie wyróżnia od tych postaci zaniku, które zwykły się pojawiać w przebiegu kiły lub gruźlicy; atoli za jej związkiem przyczynowym z trądem przemawia, obok nader częstego występowania, także i ta okoliczność, że podczas całego przebiegu choroby można czasem wyśledzić ten stopniowo postępujący zanik jąder.

Inaczej zupełnie rzecz się ma z objawami, które są bezpośrednim wynikiem działania dotyczącego prątka; noszą one na sobie niewątpliwe piętno swoistości, wskutek czego mogą być rozpoznane już na pierwszy rzut oka, jako zmiany trądowe. Przechodząc tedy do opisywania poszczególnych tych objawów, musimy przedewszystkiem zwrócić uwagę na zmiany, występujące na prąciu.

Z naszych spostrzeżeń wynika, że zmiany trądowe na członku mogą się pojawiać w dwóch różnych postaciach: jako guzki, albo w kształcie płaskich nacieków. Pierwsze nie przewyższają zwykle rozmiarami soczewicy, dochodzą atoli w niektórych przypadkach do wielkości ziarnka kukurydzy; guzki te tworzą — według umiejscowienia — albo półkuliste albo płasko-wypukłe wyniosłości, mniej lub więcej zbite i ostro odgraniczone, mało co wyróżniające się zabarwieniem od swego otoczenia, albo też są barwy bladoróżowej, żółtawo-brunatnej, przechodzącej w odcień niebieskawo-czerwonawy. Na powierzchni żołędzi są te guzki nieregularnie rozrzucone, podczas gdy na jej obwódce są zwykle ułożone wieńcowato, — na napletku zaś i na skórze prącia tworzą mniejsze lub większe gromady.

Przez większą ilość guzków, usadowionych na żołędzi, bywa ta ostatnia mniej lub więcej zniekształtnioną, staje się półkulistą i o nierównej powierzchni; gdy atoli te guzki leżą dokoła krawędzi napletka, wówczas mogą sprowadzić trwałą stulejkę, połączoną z obrzękiem całego napletka. Prócz tego może się i w tych przypadkach wytworzyć stulejka, w których guzki zajmują zewnętrzną błonkę napletkową.

Guzki pozostają na prąciu przez długie lata niezmie-

nione, okazując bardzo rzadko skłonność do wessania lub do wrzodziejącego rozpadu. W pierwszym przypadku powierzchnia ich jest lekko zmarszczona i o bladym połysku, w drugim występuje zaczerwienienie o charakterze zapalnym. Dotychczas raz tylko mieliśmy sposobność widzieć wrzodziejące guzki trądowe na prąciu. Owrzodzenia te wystąpiły w przebiegu erupcyi (Nachschub), — a po jej zniknięciu zabliźniły się w krótkim czasie. W tym przypadku guzki te, wielkości ziarnka kukurydzy, — były usadowione na krawędzi stulonego napletka.

Według naszych dotychczasowych doświadczeń nacieki trądowe prącia występują wyłącznie tylko na żołędzi. Przedstawiają się jako płaskie, zbite nowotwory, złożone w głębi tkanki, ostro odgraniczone, wielkości centa, bardzo mało lub wcale nie zmieniające barwy powierzchni i tylko dotykiem mogą być stwierdzone; czasem tylko spostrzega się miejsce, przez nacieki zajęte, jako lekko wyniosłe i nieco bledsze. Nacieki te są usadowione albo w trzonie, albo na szczycie żołędzi, — bardzo rzadko na jej obwódce.

Nacieki trądowe, tkwiące w wierzchołkowej części żołędzi, przedstawiają się w kształcie zbitego, płaskawego wału, otaczającego ujście, w takim przypadku zwężone, cewki moczowej i okazują skłonność do rozpadu, tworząc okrągłe płaskie wrzody wielkości halerza, których żółtawo-zielona wydzielina silnie przystaje do dna wrzodu. Ze środka tego płaskawego dna pagórkowato sterczą wargi cewki, zaczerwienione i obrzękłe, — w wydzielinie zaś wrzodu zawsze można stwierdzić badaniem bakteryologicznem liczne prątki trądowe. Wrzody goją się zwykle szybko i pozostawiają płaską i okrągłą bliznę, pociągającą za sobą zwężenie ujścia cewki moczowej, czasami tak silne, że zaledwie główkę od szpilki można przezeń przesunąć. Oczywiście, że przez to bywa utrudnione i oddawanie moczu.

Często poddawaliśmy śluz, pochodzący z zwężonej cewki moczowej naszych trędowatych, badaniu bakteryologicznemu i zawsze stwierdzaliśmy obecność prątków trądu; raz tylko były one odosobnione; zwykle zaś spotykano w pierwoszczy pojedynczych płaskich komórek przybłonkowych mniejsze lub większe kolonie tych drobnoustrojów.

Jeśli blizna jest większa, wówczas przedstawia się żołędź na swym wierzchołku przypłaszczona, jakby ścięta; wspomnieć nadto wypada, że blizny te mogą w okresie występującej erupcyi ponownie uledz rozpadowi, — goją się atoli stosunkowo dość szybko po ustąpieniu gorączki.

Skoro zmiany trądowe obejmują, — co się czasem zdarza, — równocześnie żołędź, napletek i skórę prącia, wówczas cały członek jest nierównomiernie guzowaty, w przednim swym odcinku matowo-różowy lub brunatnawy, mniej lub więcej powiększony, obrzękły i przybiera kształt pałeczkowaty. W rowku wieńcowatym jak i na wewnętrznej blaszce napletka nie spostrzegaliśmy dotąd zmian trądowych.

Z upodobaniem usadawiają się omawiane zmiany chorobowe na przedniej i dolnej powierzchni moszen, podczas gdy boczne jej części nie bywają zwykle zajęte; w większej zaś liczbie przypadków występują objawy trądowe na mosznach równocześnie z takimiż zmianami na prąciu, — aczkolwiek zdarzały się u nas przypadki, w których same tylko moszna bywały chorobowo zmienione. Guzy, występujące na worku mosznowym, są zwykle większe od guzów na prąciu i okazują żywsze zabarwienie. Przedstawiają się jako płasko-wypukłe lub półkuliste wyniosłości, powodujące, gdy się znachodzą w większej ilości, obrzęk swego otoczenia. Jeśli obok guzów istnieją i płaskie, w tkance tkwiące nacieki, (które przewyższają czasami swą wielkością guldena), wówczas moszna bywają powiększone, częścią gładkie, częścią pagórkowate, różowo lśniące, zgrubiałe i bez porostu; całość przedstawia obraz modzeli skóry *(pachydermia)* średniego natężenia.

Na jądrach występują objawy trądowe w dwóch postaciach: albo jako powierzchowne guzy, przyczem sam gruczoł wydaje się być niezajętym, albo jako zapalenie jąder trądowe *(orchitis leprosa)*. W pierwszym przypadku można wybadać na prawidłowem, czasami pomniejszonem jądrze mniejszą lub większą ilość zbitych guziczków od wielkości główki od szpilki do — pestki od wiśni, ostro odgraniczonych, kształtu półkulistego i nadających całej powierzchni jądrowej postać pagórkowatą. W drugim zaś przypadku bywa jądro gładkie, czasami nierówne, cokolwiek powiększone, częściowo stwardniałe i nierzadko przy dotyku bolesne.

T r ą d o w e z a p a l e n i e j ą d e r występuje w ogóle bardzo rzadko; my spotkaliśmy to cierpienie wszystkiego 3 razy; w dwóch przypadkach obydwa jądra były zajęte, w jednym tylko prawe jądro. Cały przebieg tego zapalenia odznacza się torem przepuszczającym, powodującym lekkie przypadłości podmiotowe, przyczem obrzęk jąder bywa zresztą nieznaczny. O ostatecznym wyniku wspomnianego cierpienia nie da się na razie nic stanowczego powiedzieć; — możliwem, a raczej prawdopodobnem jest, że prowadzi do zaniku rzeczonego narządu.

Jeszcze w mniejszym stopniu, niż poprzednie, wybitnymi są objawy, towarzyszące z a p a l e n i u t r ą d o w e m u p r z y j ą d r z a. Bywa ono w całości, albo też w swej części ogonowej, rzadziej głowowej, zgrubiałe, zbite lub gruczołowato nierówne i zwykle przy dotyku niebolesne, — czasami tylko w okresie wylęgania się cierpienia uskarżają się niektórzy chorzy na lekką miejscową tkliwość. Z reguły przylega takie przyjądrze silnie do jądra i tylko w wyjątkowych razach daje się od jądra odkleić; w jednym przypadku było przyjądrze zrośnięte z błoną kurczliwą moszen *(tunica dartos)*. B e r g m a n n mniema, że zapalenie przyjądrza występuje dopiero w późniejszym okresie trądu; — nasze spostrzeżenia pouczają, że zapalenie trądowe przyjądrza wystąpić może nawet w pierwszym roku choroby.

Przebieg rzeczonego cierpienia jest przewlekły, przyczem raz zajęte przyjądrze pozostaje prawie niezmienione aż do zejścia śmiertelnego. O zapaleniu sznurka nasiennego nie da się wiele powiedzieć, albowiem raz tylko mieliśmy sposobność stwierdzić to cierpienie w przebiegu trądu. Sznurek nasienny był w dotyku postronkowaty, nie okazując jednak przytem znamiennych zgrubień lub bolesności.

Opis kliniczny trądu narządów płciowych u mężczyzn nie byłby wyczerpującym, gdybyśmy zamilczeli o zaburzeniach czynnościowych wspomnianego narządu, występujących w przebiegu tego cierpienia. Już wyżej nadmieniliśmy, że większa część autorów starożytnych, wieków średnich i czasów nowszych aż do D a n i e l s s e n a i B o e k a przypisywała trędowatym chorobliwie podwyższoną pobudliwość płciową, która nie rzadko wyradzała się w obłęd lubieżny i ciągotki *(Satyriasmus i Priapismus)*; a nawet L e l o i r jeszcze sądzi,— aczkolwiek z pewnem niedowierzaniem, — że popęd płciowy

bywa zwiększony u niektórych chorych w okresie pojawienia się objawów trądu. Przeciw temu poglądowi musimy przedewszystkiem wystąpić z twierdzeniem, że prawie wszyscy chorzy, u których objawy znamienne występują przed, albo podczas okresu pokwitania, pozostają na stopniu niezdolności płciowej; według naszego bowiem doświadczenia można tu zaliczyć niespełna 40% wszystkich chorych, dotkniętych trądem guzowatym lub mieszanym. Wielce trafną odpowiedź dał nam pewien 25-letni chory, cierpiący od 10 lat na trąd na zapytanie, czemu się nie ożenił, a względnie czy nie ma zamiaru się żenić: „Pocóż mam się żenić, wszak nigdy nie potrzebowałem kobiety!“ I z tej przyczyny pozostają też wszyscy tacy chorzy, — przynajmniej u nas — w stanie bezżennym. Co się znów tyczy chorych, zapadających na trąd po okresie dojrzałości płciowej, musimy oświadczyć, że ich popęd płciowy zaczyna już słabnąć w pierwszym roku trwania choroby, zanikając zupełnie w 3. lub 4. roku; wzwody członka bywają coraz rzadsze i słabsze, aż całkiem ustają przy dobrem stosunkowo wejrzeniu chorego. Czasem jednak, mimo zupełnego braku wzwodu, może jeszcze zjawić się wypływ nasienia; zachodzi atoli pytanie, czy płyn ten w ogóle zawiera plemniki. Oczywiście, że z tego jednego przypadku, w którym tylko trafem mieliśmy sposobność zbadać pod drobnowidem świeży płyn nasieniowy, — nie możemy wyciągnąć daleko idących wniosków; w każdym razie wydaje się prawdopodobnem, że w przebiegu silniejszego schorzenia jąder i przyjądrza, połączonego z stopniowo rozwijającą się niezdolnością spółkowania, występuje również azoospermia. —

Wreszcie dodać należy, że u żadnego z naszych chorych nie zdołano przez wywiady stwierdzić podwyższenia popędu płciowego, ani w okresie wylęgania się choroby, ani po jej wybuchu, natomiast okazuje się z naszych spostrzeżeń, że zdolność płciowa może być zmniejszona jeszcze przed wystąpieniem ogólnych przypadłości. —

Ponieważ tedy narząd płciowy męzki tak często w przebiegu trądu guzowatego i guzowo-znieczulnego bywa zajęty nie tylko organicznie, ale i czynnościowo, — nasuwa się mimowolnie pytanie, czy i w jaki sposób te zaburzenia przyczyniają się do rozszerzania choroby? Nie mniej i ta okoliczność, że zewnętrzne części narządu rodnego bywają często siedliskiem zmian trądowych, każe nam się zastanowić nad możliwością zakażenia drogą obcowania płciowego, na co w ostatnich czasach mniej baczna zwracano uwagę.

Zwolennicy teoryi dziedziczności twierdzą, że przenoszenie się choroby z jednego małżonka na drugiego zdarza się tak rzadko, że już z tego jednego objawu można wnosić o niezaraźliwości trądu. Słusznem wprawdzie jest twierdzenie, że w okolicach, trądem nawiedzonych, napotyka się nie rzadko małżeństwa, żyjące z sobą długie lata, z których jedno jest dotknięte chorobą, a drugie zupełnie zdrowe, atoli i zaprzeczyć się również nie da, że i między małżonkami zdarzają się zarażenia, w szczególności zaraża zwykle kobieta mężczyznę (rzadziej odwrotnie), co kilkakrotnie mieliśmy sposobność stwierdzić. Czy jednak w tych przypadkach zakażenie nastąpiło w drodze obcowania płciowego, czy też w inny sposób, tego nie możemy rozstrzygnąć.

Już ta okoliczność, że zmiany trądowe, występujące na częściach rodnych zewnętrznych, nie bywają z reguły ani przeczosowate, ani owrzodziałe, kwestyonuje możność przeniesienia się choroby, wszelako z drugiej strony też wiemy, że tak guzki na rąbku napletka, jak i nacieki na wierzchołku żołędzi, przekształcają się w pewnych razach w wrzody, których naloty zawierają znaczną ilość prątków trądowych. Jeśli więc takie owrzodzenie znachodzi się u mężczyzny, który posiada jeszcze zdolność płciową, wówczas może się zdarzyć, że ten czynnik chorobotwórczy przenosi się przy spółkowaniu na przypadkowo przeczosowate miejsca płciowego narządu niewieściego, stając się w ten sposób przyczyną zakażenia. To są jednak przypuszczenia, wymagające jeszcze dowodów. — Większą już wagę, niż zmianom na zewnętrznych częściach rodnych, przepisać należy zapaleniem trądowym jąder i przyjądrzy, jakoteż zaburzeniom czynnościowym całego narządu płciowego, albowiem one już prawie w zupełności usuwają podstawę teoryi dziedziczności, bronionej jeszcze przez niektórych autorów. Nie da się zaprzeczyć, że trądem dotknięty mężczyzna, u którego cierpienie pojawiło się po okresie pokwitania, bywa przynajmniej jeszcze w pierwszym czasie choroby zdolnym do rozpłodu i że jedno lub drugie z jego dzieci może później zapaść na trąd, atoli nie ulega wątpliwości, że wszyscy tacy chorzy, u których cierpienie wystąpiło przed okresem dojrzałości płciowej i którzy kilka lat już chorują, odznaczają się zupełną niezdolnością płciową, wskutek czego oczywiście są i niepłodni. Jasną jest tedy rzeczą, że dziedziczność odgrywa, — jeśli w ogóle istnieje — tylko podrzędną rolę w rozszerzaniu się trądu; cierpienie to jest zatem prawie zawsze nabyte. W końcu zaznaczyć należy, że skąpa płodność trędowatych jest zjawiskiem znanem, któremu dotychczas brakowało tylko materyalnej podstawy.

R o z p o z n a n i e. Z uwagi, że zmiany trądowe na częściach rodnych występują zawsze w towarzystwie innych znamiennych objawów chorobowych, nie będzie rozpoznanie tego cierpienia przedstawiało wielkich trudności. Ponieważ atoli zmiany te mają wielkie podobieństwo do kiłowych, wenerycznych i innych, ponieważ dalej możliwość nie jest wykluczona, że chory, dotknięty trądem, może się także nabawić kiły, nie od rzeczy będzie porównawczo zestawić wymienione choroby.

Różnica między guzami i naciekami trądu, a **s t w a r d n i e n i a m i k i ł o w e m i** polega na tem, że te ostatnie przedstawiają się bądź jako nadżerki o powierzchni lśniąco-czerwonej, jak gdyby lakierowanej, albo też jako rzeczywiste wrzody; w obydwóch przypadkach znamionują się takie nacieki kiłowe, — z wyjątkiem płaskich nacieków na żołędzi, — swoją zbitą, prawie chrząstkowatą, podstawą. Jeśli tedy zważymy, że zmiany trądowe bardzo rzadko się rozpadają lub wrzodzieją, że następnie brak im tej twardej podstawy, i że wreszcie w wydzielinie wrzodów trądowych zawsze można stwierdzić prątki Hansena, łatwo pojmiemy, że błąd rozpoznawczy jest prawie wykluczony.

Stwardnienia, usadowione koło ujścia cewki moczowej, powodują u mężczyzny jej zwężenie, które na pierwszy rzut oka może mieć niejakie podobieństwo do zwężenia, pochodzącego z trądu. Dokładniejsze atoli badanie natychmiast nam wykaże w pierwszym przypadku znamienną zbitość przedniego odcinka cewki i śluzowatą, z niej sączącą się wydzielinę, czego w trądzie brak. Ostatecznie zaś wykazanie prątków trądowych w wydzielinie cewki, które zwykle udaje się przy każdem ściślejszem badaniu preparatów, usunie wszystkie inne wątpliwości.

Kłykciny szerokie płciowych narządów męskich występują jako płaskawe, przerosłe guzki, — bądź sączące lub wrzodziejące, bądź też suche. Jeśli zważymy, że zmiany trądowe wcale nie są sączące, wówczas pomyłka mogłaby tylko dotyczyć kłykcin suchych, a wyjątkowo wrzodziejących. Wiemy atoli, że suche kłykciny okazują po większej części łuszczącą się i matowo-lśniącą powierzchnię barwy brunatno-czerwonej lub miedzianej, podczas gdy guzy trądu, usadowione na obwódce żołędzi, na napletku, na skórze prącia i na mosznach, przedstawiają się jako brunatno-żółtawe lub blado-czerwone wyniosłości kształtu prawie półkulistego, przyczem dodać należy, że zmiany kiłowe są zwykle większe od zmian trądowych.

Wynik zaś dodatni z badania drobnowidowego prątków trądu skieruje zawsze naszą uwagę, bez względu na inne objawy, na właściwą drogę do rozpoznania istoty podejrzanego owrzodzenia, znajdującego się na częściach płciowych.

W przeciwieństwie do guzów trądowych mają kilaki i nacieki kiłowe wybitną skłonność do rozmiękania, jakoteż do przejścia w owrzodzenia, z towarzyszącymi temu mniej lub więcej wyraźnymi objawami zapalnymi. Te po większej części kraterowate i ostro-krawędziaste wrzody odznaczają się względnie bujnym nalotem, okazując przytem kształt często sierpowaty, a wejrzenie jak gdyby wężownicowate. Wszystkich tych znamion brak guzom trądowym.

Wrzody weneryczne możnaby tylko wówczas wziąć za zmiany trądowe, gdyby szło o owrzodzenia, usadowione na żołędzi; w tym bowiem przypadku są bardzo do siebie podobne. Atoli wynik ujemny z przeszczepienia na tegoż samego osobnika, zarówno jak i stwierdzenie prątków trądowych w wydzielinie, chronią od pomyłki rozpoznawczej.

Od ostrokończystych kłykcin wreszcie różnią się guzy trądowe swoją szeroką podstawą i gładką powierzchnią, zaś od mięczaków łojowych *(mollusca sebacea)* brakiem lekkiego dołka i brakiem zawartości galaretowatej o woskowym połysku.

Zwężenie ujścia cewki moczowej, powstałe wskutek przewlekłej rzeżączki, przenosi się z reguły i na przedni odcinek cewki, wskutek czego bywa ono stosunkowo większe i po części także twardsze od zwężenia pochodzenia trądowego. Nadto badanie drobnowidowe śluzu cewkowego stwierdzi w pierwszym przypadku obecność gonokoków, w drugim zaś prątki trądu, aczkolwiek czasami po kilkakrotnem dopiero badaniu. Wreszcie także i półkolista blizna, okalająca ujście cewki moczowej, przeważy szalę rozpoznawczą na korzyść trądu.

Zapalenie jąder kiłowe rozwija się wprawdzie tak samo powoli i niepozornie, jak odpowiednie cierpienie trądowe, — pierwsze atoli prowadzi po większej części do bez porównania większego obrzęku jąder, które bywają wówczas dwa, a czasami i trzy razy tak wielkie, jak w stanie prawidłowym; przy trądowem zaś zapaleniu jąder obrzęk ten jest nieznaczny. Niemniej bywa także jądro twardsze w kile, aniżeli w trądzie, zwłaszcza gdy temu towarzyszy przerost tkanki łącznej.

Z zapaleniem rzeżączkowem jąder nie można pomieszać trądowego zapalenia jąder, albowiem brak w ostatnim przypadku tych prawie nagłych i silnych objawów zapalnych przedmiotowych i podmiotowych, które występują w przebiegu tego cierpienia, ale pochodzenia rzeżączkowego. Tak samo łatwem jest odróżnienie od zapalenia gruźliczego, prowadzącego zwykle do rozmiękczenia jąder. Złośliwych zaś nowotworów, jak mięsaków lub raków jąder, wcale nie można tu brać pod uwagę, ze względu na ich rozwój i zupełnie odrębne objawy.

Zapalenie rzeżączkowe przyjądrza jest cierpieniem o przebiegu ostrym, czego brak tej chorobie, rozwijającej się na tle trądu, a tylko z zgrubieniami przyjądrza, pozostającemi często jako ślady minionej rzeżączki, możnaby pomięszać zapalenie trądowe przyjądrza. Tu nas zaś wywiady chronią od pomyłki, tem bardziej, że trądowego zgrubienia nigdy nie poprzedzało „zapalenie“ w pojęciu pospolitem.

Wnioski. Ścisłe badanie i dłuższe spostrzeganie schorzałych części płciowych u mężczyzn, dotkniętych trądem, doprowadziły do następujących wyników:

1. Trąd guzowaty zarówno jak i guzowato-znieczulny sprowadzają prawie zawsze, (więcej bowiem niż w 95% wszystkich przypadków) zmiany na częściach rodnych.

2. Jeśli objawy trądu występują u osobników młodych, t. j. stojących przed, albo w okresie pokwitania, wówczas stanowią one zupełną (całkowitą) lub też częściową przeszkodę w rozwoju narządu płciowego, odznaczającego się nadmierną małością rozmiarów w ogólności, w szczególności zaś jąder.

3. Dziecięcy niedorozwój (infantilismus) części rodnych nie wyklucza możliwości powstania na nich zmian trądowych.

4. U mężczyzn płciowo dojrzałych sprowadza trąd często już w wczesnym okresie zanik jądra, który pociąga za sobą nieudolność płciową.

5. Na prąciu występuje trąd w kształcie guzów i nacieków; najczęściej usadawiają się one na żołędzi, na zewnętrznej blaszce napletka, lub na jego rąbku i na skórze członka,— natomiast na wewnętrznej blaszce napletka i w rowku żołędziowym nie spostrzegano dotychczas zmian trądowych. Guzy i nacieki mogą już wystąpić w pierwszym roku choroby, utrzymując się później przez długie lata. Jeśli naciek, usadowiony na wierzchołku żołędzi, wyjątkowo zamieni się w owrzodzenie, wówczas może to ostatnie spowodować zwężenie ujścia cewki moczowej. Guzki na rąbku napletka mogą się stać przyczyną stulejki.

6. Również i na mosznach usadawiają się często guzy i nacieki trądowe; gdy się znachodzą w większej liczbie, tedy prowadzą do wytworzenia się ograniczonej modzeli skóry (pachydermia) średniego natężenia.

7. Jądra bywają zajęte trądem w 57% przypadków. Oprócz wspomnianego powyżej niedorozwoju dziecięcego i zaniku, występują także i na jądrach znamienne guzy. Zapalenie trądowe jąder jest stosunkowo rzadkiem zjawiskiem.

8. Najczęstszą zmianą, jaką można spotkać na narządzie płciowym u mężczyzn, dotkniętych trądem, jest zapalenie trądowe przyjądrza; znachodzi się ono prawie u 67% chorych. To cierpienie, znane jako przewlekłe, częściej występuje obustronnie, aniżeli po jednej stronie; często gęsto występuje już w pierwszym roku choroby, przyczyniając się bezwątpienia nie mało do powstania azoospermii, względnie aspermii.

9. Trądowe zapalenie sznurka nasiennego jest rzadkie.

10. Zarówno w wydzielinie z owrzodzeń trądowych, jak i w śluzie, otrzymanym z zwężonego ujścia cewki moczowej, można z reguły stwierdzić prątki trądu.

III. Wyciągi.

J. Wolff: **W sprawie leczenia owrzodzeń, zwężających odbytnicę. Przyczynek do operacyi wytwórczych na odbytnicy.** *(Deutsche med. Wochenschrift* 1900, N. 6, 7). W dołączeniu do opisu bardzo pouczającego przypadku, kilkakrotnie przez autora operowanego, rozpatruje on sprawę operacyi wytwórczych na odbytnicy. Przypadek W. dowodzi przedewszystkiem tego, że zdwojonym płatem skórnym można uzupełnić braki (powstałe n. p. po resekcyi) w ścianie odbytnicy i że płat ten, uległszy następnie zmianom na powierzchni swej, zwróconej ku światłu odbytnicy, poczyna zwolna przybierać cechy prawidłowej ściany odbytnicy. W dalszym ciągu zastanawia się autor nad dotychczasowymi wynikami resekcyi odbytnicy w przypadkach owrzodzeń zwężających (w szczególności kiłowych). Mimo twierdzenia Schedego, że niebezpieczeństwo dla życia, z tego zabiegu wynikające, nie jest w przeważnej ilości przypadków zbyt wielkie, wielu chirurgów stara się resekcyi unikać, przemawiając raczej za operacyami objawy uśmierzającemi (paliatywnemi). Takiemi operacyami są: *rectostomia posterior, colostomia* z poprzecznem przecięciem kiszki, *rectotomia externa* i *sigmoideo-rectostomia.*

Rectostomia posterior okazała się w przeważnej liczbie przypadków autora i innych chirurgów zabiegiem zupełnie bezużytecznym. *Colostomia* może dać dobry wynik nawet bez poprzecznego przecięcia kiszki, jeżeli przez czas dłuższy następowo przeprowadzonem będzie odpowiednie leczenie miejscowe. W większej jednakowoż ilości przypadków ropienie w odbytnicy trwa dalej. Czy zalecona przez Israela *colostomia* z poprzecznem przecięciem kiszki daje lepsze wyniki, aniżeli zabieg poprzedni, jest wątpliwem; poprzeczne przecięcie nie wyklucza jednakowoż możebności następowego zamknięcia sztucznego odbytu. Podana przez Sonnenburga *rectostomia externa*, t. j. nacięcie zwężenia od zewnątrz ku wnętrzu z równoczesnem usunięciem części kości ogonowej i krzyżowej i utrzymaniem zwieracza, zdaje się, zdaniem W., nie dawać o wiele lepszych wyników, aniżeli *rectostomia posterior.* Modyfikacya operacyi tej podana przez Sokołowa, a polegająca na poprzecznem zeszyciu podłużnej rany, (na sposób oper. Heinecke-Mikulicza przy zwężeniach odźwiernika), nie jest zbyt obiecującą, wobec tego, że zakłada się szew wśród tkanki chorobowo zmienionej. Obmyślona przez Bacona i Stewarta *sigmoideo rectostomia* polegająca na założeniu połączenia (anastomozy) między kiszką esowatą, a odcinkiem odbytnicy, leżącym poniżej zwężenia, wykonaniu *colostomii* i usunięciu sztucznego odbytu z chwilą wytworzenia się nowej drogi, jak również podana przez Rottera modyfikacya tej operacyi, (przecięcie poprzeczne kiszki esowatej między dwoma podwiązkami tuż nad odbytnicą, wysunięcie tejże kiszki przez ranę poprzeczną na międzykroczu do przestworu odbytniczo-pochwowego (*spatium recto-vaginale*) i wszycie do rany podłużnej w odbytnicy między zwężeniem a zwieraczem) nie zdołają, jak wogóle wszystkie powyżej wymienione operacye paliatywnę, spowodować samoistnego ustąpienia miejscowej sprawy chorobowej. Wobec tego należy, zdaniem autora, zaniechać wykonywania tych zabiegów, a raczej zwrócić się do resekcyi, gdyż jedynie ta umożliwia uzyskanie *restitutio ad integrum.* Nawet w tych przypadkach, w których sprawa chorobowa prócz odbytnicy zajmuje wyższe odcinki kiszki grubej, resekcya może dać dobre wyniki, zwłaszcza przy równoczesnem zastósowaniu leczenia przeciwkiłowego. Jako najodpowiedniejszą metodę resekcyi odbytnicy poleca W. sposób Hochenegga z modyfikacyą, podaną w ostatnich czasach przez samego twórcę, a polegającą na usunięciu błony śluzowej z odcinka, przylegającego do odbytu, celem ułatwienia zrośnięcia się wewnętrznej powierzchni jego z powierzchnią surowiczą dośrodkowego odcinka kiszki. *Urbanik.*

Dr. Kurt Brandenburg. **O odczynie leukocytów na nalewkę gwajakolu.** (*Münch. med. Wochenschr.* Nr. 6. 1900). Próba Van Deena, wykazująca obecność krwi w moczu, jak również fakt, że mocz, zawierający czystą ropę, barwi nalewkę gwajakolową na niebiesko, dały bodziec do szukania czynnika, wywołującego ten odczyn.

Zapomocą rozmaitych wyciągów udało się rzeczywiście otrzymać z czystej ropy, (wolnej od zwykłych drobnoustrojów ropnych), pochodzącej z zimnego ropnia stosu pacierzowego, istotę, należącą do gromady związków nukleoproteinowych, a barwiącą silnie niebiesko nalewkę gwajakolową. Gdy jednak obok tej istoty wyciągowej tylko taka sama, otrzymana z czerwonego szpiku kostnego (o wiele słabiej z żółtego), tęż samą posiadała własność, inne zaś otrzymane z wątroby, śledziony, grasicy, mimo podobnej własności nader szybkiego rozkładania $H_2 O_2$, — nalewki gwajakolu nie niebieszczyły — tem samem nabraliśmy możności odróżniać leukocyty, (z nich bowiem tworzy się ropa i one znajdują się w szpiku kostnym) nietylko od komórek organicznych śledziony, wątroby i nerek, ale także od limfocytów, które tak w grasicy, jak i w gruczołach limfatycznych są nagromadzone. Własność ta dalej nadaje się do wykazywania czystej ropy w moczu i innych wydzielinach, jak również do uzupełnienia rozpoznania białaczki, w której krew, na tej samej podstawie, daje niebieskie zabarwienie. Co do prób, — to robią się one tak na krew jak i na mocz jednako: dwie do trzech kropli krwi czy moczu ropnego rozcieńcza się pewną ilością wody na sączku, który, po jednorazowem zmyciu wodą przekroploną, wykazuje, po dodaniu kilku kropel nalewki gwajakolowej, — w miejscach zwilżonych badanym płynem zabarwienie silnie niebieskie.

Dr. St. B. Kwiatkowski

Dr. P. Schmidt. **Dwa przypadki „Beri-Beri“ na pokładzie niemieckiego parowca.** *(Münch. medic. Wochschft.* Nr. 6. 1900). Dwa sporadyczne przypadki „Beri-Beri“ *(panneuritis endemica Baelz)* opisuje S; są one ciekawsze dlatego, że rokować należy ze stanu serca i że lepiej zbudowane i odżywione osobniki zawsze niebezpieczniej zapadają. Czas wylęgania, gdyby „Beri-Beri“ była chorobą zaraźną, wynosiłby w jednym przypadku 5 miesięcy, w drugim 12 tygodni. *Dr. St. B. K.*

Dr. Krecke. **Skrzywienie kręgosłupa wskutek rwy kulszowej.** (*Scoliosis ischiadica).* (*Muench. medic. Wochenschrift.* Nr. 6, 1900). Pierwsze opisane zboczenia stosu pacierzowego przy zapalnem zajęciu nerwu kulszowego dotyczyły pochylenia górnej części ciała na stronę zdrową i wygięcia części stosu lędźwiowej i dolnego odcinka piersiowego ku stronie chorej. Potem jednak spostrzegano przypadki pochylenia ciała ku stronie chorej, wygięcie zaś dolnego odcinka kręgosłupa ku stronie zdrowej, — a wreszcie chorego ze *scoliosis ischiadica alternans*, gdzie tenże bezwiednie

przyjmował położenie z wygięciem kręgosłupa raz w zdrową, — to znów w chorą stronę. Podobny przypadek opisuje K. i dochodzi do przekonania, że ani skurcz mięśni po stronie nerwu zajętego, ani jego osłabienie, czy porażenie, jak sądzono, nie jest powodem krzywienia się kręgosłupa, ale zwykła dążność zwolnienia od ucisku boleśnych części nerwu. *Dr. St. B. K.*

Richter P. F. **Badania doświadczalne w sprawie upustu krwi w mocznicy.** (*Berl. klin. Wochs.* 1900 Nr 6). Korzystny wpływ upustów krwi w mocznicy zdaje się być napewno stwierdzony klinicznie przez poważnych badaczy (Leube, Krönig, Ewald, Albu, Laache i t. d.). Wyjaśnienia tej sprawy zapomocą doświadczenia szukał R. na nowej drodze, mianowicie zapomocą badania ciśnienia osmotycznego, mierzonego stopniem obniżenia punktu zamarzania krwi. Sposób ten wprowadził do nauk lekarskich Koranyi, który stwierdził między innymi, że niedomoga czynnościowa nerek objawia się przez wzrost ciśnienia osmotycznego. Mocznica zaś jest, ogólnie biorąc, wyrazem niedomogi czynnościowej nerek. Nie znaczy to jednak, aby miała być ona skutkiem wzrostu ciśnienia osmotycznego. W każdym razie może być ciśnienie osmotyczne wskazówką, jaki skutek wywierają zabiegi lecznicze, skierowane ku poprawie czynności nerek.

R. stwierdził już dawniej, że w warunkach prawidłowych nie wywiera upust krwi żadnego wpływu na ciśnienie osmotyczne krwi. Obecnie zapomocą doświadczeń na zwierzętach przekonał się, że upust krwi nie wywiera także żadnego wpływu na zwiększone ciśnienie osmotyczne, będące wyrazem zwolna się rozwijającej niedomogi czynnościowej nerek. Wywołując dalej zapomocą wielkich dawek stosownych trucizn ostre zapalenie nerek i sprowadzając w ten sposób nagle niedomogę nerkową, lub też wyłuszczając obie nerki, stwierdził R. zwiększenie się ciśnienia osmotycznego w sposób szybki, ale i w tych doswiadczeniach upust krwi pozostał bez wpływu. Mimo to sądzi R., że wynik jego doświadczeń w niczem nie osłabia praktycznej wartości upustów krwi w mocznicy. *C.*

Prof. Koenig. **Chirurgiczne leczenie gruźlicy nerek.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1900, Nr. 7). Za podstawę do wykładu na powyższy temat posłużyło K. doświadczenie, nabyte spostrzeganiem 18 przypadków gruźlicy nerek, leczonych operacyjnie. Z spostrzegania tego wysnuwa autor następujące wnioski: I. Należy w gruźlicy nerek odróżniać dwie postacie: *a)* odosobnioną gruźlicę tkanki gruczołowej bez komunikacyi z miedniczką nerkową. (*solitäre Form*) i *b)* gruźlicę nerki z zajęciem miedniczki (*pyelitische Form*).

II. Postać pierwsza wyjątkowo tylko może być rozpoznaną. Natomiast postać drugą rozpoznać możemy z wielkiem prawdopodobieństwem, nawet bez wykazania obecności prątków gruźliczych. W pewnej liczbie przypadków rozpoznanie pozostaje jednak wątpliwem.

III. Orzekanie pewne o stanie drugiej nerki nie zawsze jest możliwem.

IV. Na podstawie badań anat.-patolog. autora należy wnioskować, że resekcya nerki prawie że zupełnie nic, a nefrotomia również tylko w bardzo małej ilości przypadków spełnić może wobec gruźlicy nerki swoje lecznicze zadanie.

V. Wycięcie nerki jest jedynym pewnym zabiegiem operacyjnym. Jeżeli się nie chce dopuścić do tego, aby chory ginął bez poprzednich usiłowań leczniczych z naszej strony, należy wspomniany zabieg wykonywać częściej, nawet wobec braku ścisłego rozpoznania przyrody sprawy chorobowej, w miedniczce się toczącej, i bez pewności co do stanu prawidłowego nerki drugiej.

VI. W pewnej ilości przypadków wskazanym jest zabieg operacyjny, nawet wobec miernych zmian w nerce drugiej, lub stanów chorobowych pęcherza, jąder i gruczołu krokowego. Operacya, wykonana w tego rodzaju przypadkach, przedłuża choremu życie i czyni stan jego znośnym. *Urbanik.*

I. Boas. **Spostrzeżenia nad rakiem kiszki grubej.** (*Deutsche medic. Wochenschrift* 1900, N. 7, 8). Materyał, którym rozporządza B., obejmuje 15 p. raka kiszki grubej. W 12 przyp. wykonano zabiegi operacyjne. Na podstawie tych spostrzeżeń autor kreśli dokładny obraz wspomnianej sprawy chorobowej. W pierwszym rzędzie uwzględnione zostają objawy kliniczne.

Objawy podmiotowe, towarzyszące tej sprawie, a cechujące się obfitą różnorodnością, ujmuje B. w cztery odrębne gromady: 1) przypadki, w których przez długi przeciąg czasu, a nieraz nawet aż do ostatecznego zejścia sprawy, brak wybitnych objawów miejscowych, a jedynie objawy ogólne, cechujące charłactwo, pozwalają przypuszczać istnienie gdzieś w ustroju ogniska nowotworowego. Do 2) gromady zaliczyć można przypadki, w których wprawdzie istnieją objawy miejscowe, ale tak mało cechujące, że jedynie przy uwzględnieniu objawów przedmiotowych zużytkowane być mogą do rozpoznania. W przypadkach 3) gromady występują objawy, które nawet wobec braku objawów przedmiotowych umożliwiają rozpoznanie sprawy chorobowej. Są to przypadki, w których nowotwór wywołuje wytwarzające się zwolna zwężenie światła jelita. Ostatni szczegół wyciska wybitne piętno na całym obrazie klinicznym. Nasilenie występujących napadów upośledzonej drożności jelit, jakoteż ich częstość, stopniowo się zwiększają. Niektóre przypadki wyodrębniają się z tej gromady szczególnym objawem, a mianowicie gwałtownem, bolesnem parciem na stolec.

Gromada 4) obejmuje przypadki, w których nagle, wśród pozornie prawidłowego stanu zdrowia, występują objawy ostrego zamknięcia światła jelita. Szczegółowe wywiady pouczają w tych razach niekiedy o tem, że mamy przed sobą okres końcowy przewlekłej niedrożności.

Jednym z najważniejszych pomiędzy objawami przedmiotowymi jest wyczuwalność guza. Czasowa niemożność wykazania guza bynajmniej nie dowodzi tego, że guz wogóle nie jest wyczuwalnym. Dosyć ogólnie rozpowszechnionem jest mniemanie, że guzy rakowe kiszki grubej odznaczają się wybitną ruchomością. Dotyczy to przedewszystkiem guzów, zajmujących odcinki kiszki, osadzone na długiej krezce. Kilka spostrzeżeń autora wykazuje, że zdanie to ogólnie pojęte jest zadaleko idącem. Badanie chorego w kąpieli ciepłej, jak to polecał między innymi Chłapowski, ułatwia w wielu razach wyczuwanie guza.

Odróżnienie raka od innych spraw nowotworowych lub przewlekłych spraw zapalnych natrafia często na bardzo poważne trudności. Szczególnie trudnem jest odróżnienie raków kiszki ślepej od guzów przyrody gruźliczej. W tych razach dobre usługi oddać może diazoreakcya, która, jak to wykazał Krokiewicz, w przypadkach raka nigdy się nie zjawia, podczas gdy w sprawie gruźliczej wyjątkowo jej tylko brak. Badania nad tym szczegółem należy, zdaniem B., ze względu na jego wielką doniosłość dalej przeprowadzać. Objawami, mającymi pierwszorzędną wartość rozpoznawczą, są objawy upośledzonej drożności jelit. Występują one w tych przypadkach zależnie od miejscowych stosunków chorobowych z rozmaitem nasileniem, od najlżejszych objawów zwężenia jelita aż do najcięższych objawów zupełnego jego zamknięcia. Jako objaw przedmiotowy wyłania się podówczas z obrazu choroby stawianie się pętli jelitowych. Objaw ten w niektórych przypadkach pojawia się w postaci poronnej. Na tę postać autor szczególną zwraca uwagę. Wśród napadu bólu zarysowuje się nieznacznie jedna mała pętla jelitowa i znika następnie szybko, zjawisko ustępuje, by po godzinach lub dniach ponownie wystąpić. Jako inny, w poważnej ilości przypadków tej sprawie towarzyszący objaw, należy wymienić wymioty. W 2 przyp. spostrzegał B. gwałtowne krwotoki żołądkowe. Autor przypuszcza, że źródłem krwotoków były owrzodzenia w ścianie jelita, powstałe wskutek rozdęcia jego powyżej przeszkody (Kochera *Dehnungsgeschwüre*). Własności fizyczne wydalonego kału nie mają, zdaniem B., znaczenia jako szczegół rozpoznawczy. Obecność

krwi w kale nie jest objawem zbyt częstym; poważniejszych krwotoków autor nigdy nie spostrzegał. Strzępów nowotworowych w kale B. w żadnym przypadku nie zdołał wykazać. Jako powikłanie głównej sprawy notuje autor w jednym przypadku *enteritis membranacea*.

Leczenie raków kiszki grubej wogóle nie przedstawia wiele widoków; w szczególności zupełnie nie można przypisywać korzystnych wyników, jakie w tych przypadkach osiągnięto, leczeniu wewnętrznemu. Ostatnie ma na celu: podniesienie odżywienia i usuwanie objawów, pochodzących z upośledzenia drożności jelita. Do celu tego zmierza przedewszystkiem leczenie dyetetyczne. Autor przestrzega przed podawaniem środków przeczyszczających w okresie wzmożonych ruchów robaczkowych, poleca natomiast podawanie przetworów makowca. Jakkolwiek wyniki, uzyskane zabiegami operacyjnymi w przypadkach B., nie są zbyt świetne, autor przemawia za leczeniem operacyjnem, podnosząc z naciskiem, że wczesnem rozpoznaniem i wczesnem wykonaniem zabiegu można bardzo korzystnie wpływać na jakość wyników. W razie obecności guza ruchomego, przemawiającego za rakiem, i przy względnie dobrym stanie ogólnym operacya jest stanowczo wskazana. Czy zabieg ma usunąć doszczętnie nowotwor, czy też tylko go ominąć, o tem przed otwarciem jamy brzusznej orzekać nie można. Wskazanym jest zabieg również w tych przypadkach zwężeń jelita, w których, jakkolwiek brak wyczuwalnego guza, objawy inne przemawiają za złośliwym charakterem sprawy zwężającej. Między operacyami paliatywnemi pierwsze miejsce zajmuje *enteroanastomosis*. *Entero-* i *colostomia* wykonane być mogą tylko w przypadkach grożącego lub już wytworzonego zupełnego zamknięcia kiszki. W razie poprawy stanu ogólnego możnaby w tych przypadkach wykonać następowo enteroanastomozę lub resekcyę kiszki. *Urbanik.*

Heinz. **Badania nad zapaleniem błon surowiczych** (*Münchener med. Wochs* 1900 Nr 7). H. wywoływał dwa typy zapalenia błon surowiczych: ropne zapomocą terpentynowego olejku i włóknikowe rozlane zapomocą płynu Lugola. W zapaleniach ropnych ogniskowych, wywołanych pierwszym sposobem, stwierdził, że czynnik zapalny nie wywołuje emigracyi leukocytów na wolną powierzchnię błony surowiczej, ale tylko w powierzchowne warstwy samej tkanki, ulegające obumarciu. Badania nad zapaleniami włóknikowemi, wywołanemi płynem Lugola, zmierzały między innymi do rozstrzygnięcia bardzo w ostatnich czasach głośnego sporu co do pochodzenia włóknika. Dawniejsze i przeważnie przyjęte zapatrywanie uważa włóknik za wypocinę skrzepłą, zaś w nowych czasach pojawiło się zdanie, że jest to wynik t. zw. włóknikowatej przemiany tkanki łącznej samejże błony surowiczej. Zwolennicy tego drugiego zapatrywania opierali się głównie na tem, że niekiedy spotyka się śródbłonek ponad warstwą włóknikową. H. stwierdza, że śródbłonek spotyka się prawie zawsze pod warstwą włóknikową; niekiedy wprawdzie miejscami widać go i ponad włóknikiem, lecz dokładne badanie poucza, że w tych przypadkach włóknik nie jest produktem jakiejś przemiany tkanki łącznej, lecz tylko wśród niej się nagromadza, a względnie między powierzchownemi warstwami błony surowiczej a śródbłonkiem. Prąd wypocinowy, skierowany ku wolnej powierzchni, jest niekiedy tak silny, że zabiera ze sobą cząstki tkanki, które potem wśród skrzepłego na powierzchni włóknika wykazać można. W miejscu ubytku tych cząstek powstają szybko żywe sprawy odrodcze, dotyczące nietylko utkania błony surowiczej i jej śródbłonka, ale także—przynajmniej co do opłucnej,—utkania sąsiednich części płuca. Zapalenia włóknikowe otrzewnej, wywołane zapomocą płynu Lugola, sprowadzają szybko zrosty otrzewnowe. Badania tych zrostów wykazały, że już w chwili, gdy dwie powierzchnie surowicze się zlepiają, brak na nich śródbłonka, czyli że śródbłonek wyrodnieje i łuszczy się, zanim jeszcze przyjdzie do zlepów, poprzedzających zrost. Ten wynik badań H., zgodny z badaniami Grasera i Zieglera dowodzi, że śródbłonki błon surowiczych chronią je od zrastania się; zrosty mogą powstać dopiero wtedy, jeśli śródbłonek uległ zniszczeniu.

Ciechanowski.

Bronstein. **W sprawie bakteryoskopowego rozpoznania błonicy.** (*Berl. klin. Wochs.* 1900/7). Bakteryologiczne rozpoznanie błonicy zapomocą badania błon pod mikroskopem bez zakładania hodowli umożliwia sposób Neissera, zapomocą którego barwią się prątki błonicze w sposób szczególny, zgoła inny, niż prątki błonicze rzekome. Sposób N. polega na użyciu błękitu metylowego „kwaśnego" (z kw. octowym), opłókaniu wodą przekroploną i podbarwieniu wezuwiną, przez co w brunatno zabarwionych prątkach błoniczych występują niebiesko „ciałka biegunowe". Podobne zabarwienie daje barwik „Dahlia" z podbarwieniem wezuwiną. B. przekonał się o dobroci i pewności sposobu Neissera, sprawdzając go hodowlą w 425 przypadkach. W 172 znajdowały się prątki, a w 135 można je było sposobem Neissera stwierdzić na pewno już przy pierwszem badaniu nalotów. *C.*

Dr. J. A. Grober. **O działaniu nakłócia lędźwiowego i zachowaniu się płynu mózgowo-rdzeniowego w przewlekłem wodogłowiu.** (*Münch. med. Wochenschrift* N. 8, 1900). W dwóch przypadkach bardzo znacznego wodogłowia u dzieci źle zbudowanych, krzywicą dotkniętych (3 i 2 l.), umysłowo zupełnie nierozwiniętych — tak, że otoczenia nawet zdawały się niepoznawać, otrzymał G. w jednym przypadku po 25 nakłóciach zupełne wyleczenie, w drugim po 12 znaczną poprawę. Nakłócia były robione w regularnych odstępach czasu metodą Quinckego w 3 i 4 przestworze międzykręgowym; wysokość parcia była oznaczana; obniżenie bowiem przy nakłóciu lędźwiowem parcia mózgowo-rdzeniowego poniżej 100 mm. słupa wody sprowadza już nieprzyjemne następtwa. (Quincke oznacza parcie prawidłowe na 150 mm. Stintzing na 120 mm. słupa wody). Wobec też tego prosta aspiracya płynu mózgowo-rdzeniowego nie jest wskazaną. Przy nakłóciach tych spostrzegano, że podczas krzyku i płaczu dziecka, jak również głębokich wdechach parcie mózgowo-rdzeniowe wzmaga się podobnie, jak przy ucisku na ciemiączka.

Co do samego płynu, — to jest on zawsze wodojasny, czasem tylko krwią z nakłócia różowawo zabarwiony; są znane jednak przypadki wydobywania płynu krwawego. Może on pochodzić albo, jak w przypadku Quinckego, sekcyą stwierdzonego, z krwotoku śródkomórkowego, albo też wskutek zranienia sieci naczyniowej, — przebicia żyły, co zwykle jednak daje krótko trwałe zabarwienie płynu wypuszczanego.

W prawidłowym płynie mózgowordzeniowym ilość białka wynosi od 0,5—1 na tysiąc, w sprawach zapalnych znacznie się jednak podnosi. W zestawieniu Riecke'a w ostrem wodogłowiu ilość białka wynosi koło 1·84, w przewlekłem tylko 0·95 na tysiąc (podobnie w surowiczem zapaleniu opon mózgowych).

U G. w pierwszym wyleczonym przypadku na 17 nakłóć lędźwiowych — przeciętnie było 0·12‰, w drugim na 11—31‰; w tym drugim przypadku mówić należy już o wypocinie. *St. B. K.*

Dr. H. Doerfler. **Kazuistyczny dodatek do symptomatologii ostrego zapalenia trzustki.** (*Münch. medic. Wochenschrift* N. 8, 1900). U 50-letniej, bardzo otyłej osoby pojawiły się nagle w okolicy krzyżowej nadzwyczaj silne bóle, rozprzestrzeniające się ku obu dolnym kończynom. Bóle te były tak przejmujące, że wprost obezwładniały chorą. Ciepłota podskoczyła do 38·8°, tętno się przyspieszyło, równocześnie zaś pojawiła się pewna duszność; trochę ciśnienia w dołku podsercowym. Stolec zaparty. W drugim dniu choroby wystąpiła znaczna bladość powłok skórnych, nieco sinicy, wyraźnie przyspieszony tor oddechowy i wymioty. Typ bólów zbliżał obraz chorobowy do objawów nadzwyczaj silnego postrzału, gośćca stawowego lub rwy n. siedzeniowego obustronnej; coraz to szybsze tętno jednak, wzmagający się bezdech, a wreszcie wykrycie w moczu, — obok śladów białka, — cukru, zwróciło D. uwagę na trzustkę.

Czwartego dnia choroby jeszcze dwa razy wymioty, — piątego wśród strasznej duszności nastąpiła śmierć. Przedsięwzięta se-

kcya wykazała obok znacznego bardzo wydęcia okrężnicy wstępującej i poprzecznej, przy zupełnie wolnej okrężnicy zstępującej, — znacznie powiększoną trzustkę, leżącą wśród tkanki ceglasto zabarwionej, miejscami krwawo nabiegłej. Na przekroju okazywała trzustka ostre ropne zapalenie z następową martwicą.

Za przyczynę gwałtownych bólów uważać należy albo mechaniczny ucisk silnie powiększonej trzustki na splot trzewny i zwój półksiężycowaty, albo też zapalne ich zajęcie, co, jak to wykazali Osler i Hughes, przy ostrem zapaleniu trzustki może mieć miejsce. Nadzwyczaj silne wzdęcie okrężnicy wstępującej i poprzecznej przy zupełnie prawidłowej okrężnicy zstępującej, tłómaczy D. uciskiem, jakiemu odżywiająca te dwa odcinki jelita grubego tętnica krezkowa górna, wraz z towarzyszącemi jej gałązkami n. współczulnego, wobec swego położenia tuż poza tylną ścianą trzustki przy powiększaniu się jej podległa. Gałązki nerwu tego, czy to więc przez ucisk, czy zapalenie, mogły uledz porażeniu, które udzieliło się zaopatrywanej przez nie części jelita grubego, gdy przeciwnie gałązki, towarzyszące tętnicy krezkowej dolnej, zaopatrującej okrężnicę dolną, od ogniska zapalnego więcej odsuniętej, ani uciskiem, ani zapaleniem nie objęte, mogły tylko przez pewien rodzaj podrażnienia, jakiemu przez toczącą się w pobliżu sprawę zapalną uległy, wywołać w zakresie swego działania objawy zaciśnięcia jelita, które, czy to w postaci stałego zaparcia stolca, czy wprost niedrożności jelit, tak często w zapaleniach trzustki spotykamy.

Dr. St. B. K.

Dr. Roeger. **Zapalenie gardła** (*Angina*) **wikłające się z zapaleniem śródsierdzia.** (*Münch. medic. Wochenschrift* N. 8, 1900). Na 120 spostrzeganych — niepowikłanych przypadków zapalenia gardła u osobników między 46 a 30 r. ż. znajdował Roeger w 24 przypadkach (20%) nad koniuszkiem serca (rzadziej w 4 przestworze międzyżebrowym w linii przymostkowej lewej) szmer skurczowy, który, pojawiając się przeciętnie w 3-im dniu choroby, albo znikał po pewnym czasie, albo już pozostawał na stałe (18%). Ta ostatnia okoliczność dowodzi możliwości rzeczywistego zajęcia śródsierdzia także i przy zapaleniu gardła. *Dr. St. B. K.*

A. Martin. **O zaopatrywaniu pępka u noworodków.** (*Berl. klin. Woch.* N. 8). U 30 noworodków postąpił autor z pępkami w następujący sposób: przy porodzie podwiązał pępowiny jak zwykle, po porodzie zaś podwiązał pępowinę jedwabiem tuż przy pępku i w odległości 1—1½ ctm. od pępka odpalił rozpalonemi nożycami pępowinę.

Postępowanie takie uważa za bardzo dobre tak ze względu na niemożliwość powstania krwawień z rany pępkowej, jakoteż na utrudnienie zakażenia rany, pokrytej strupem. Gojenie się pępka najdłużej trwa do 6 dni. Autor uważa ten sposób postępowania za bardzo prosty, pewny i dozwalający dzieci kąpać przed odpadnięciem pępowiny. *St. D.*

Dr. F. Schwertassek. **Przyczynek do leczenia mechanicznego krwawień atonicznych.** (*Ctlb. f. Gyn.* N. 7). Autor zwraca uwagę na sposób leczenia krwawień atonicznych sposobem Arendta, polegającym na silnem ściągnięciu macicy ku dołowi zapomocą kleszczyków Museuxa.

Autor zastosował ten sposób leczenia przy znacznym krwotoku atonicznym w ten sposób, że zachwycił część pochwową kleszczykami Museuxa i pozostawił je obciążone 1 kg. w pochwie przez 24 godzin. Wynik leczenia był zupełnie pomyślny. Autor jest zdania, że postępowanie powyższe nadaje się do tych rozpaczliwych przypadków krwotoków atonicznych, gdzieby należało wykonać z powodu krwotoku wyłuszczenie macicy. *St. D.*

A. Funke. **Przyczynek do leczenia obciążeniem przy tyłozgięciu macicy ciężarnej.** (*Ctbl. f. Gyn.* Nr. 8, 1900). Autor w przypadku tyłozgięcia macicy ciężarnej 4 m. założył do pochwy balon i wypełnił go 1 kgrm. rtęci. Po upływie ½ godziny przy tem postępowaniu odprowadził macicę w prawidłowe położenie.

Leczenie obciążeniem rtęcią autor uważa za stósowne tylko u kobiet, które nie rodziły, u wszystkich innych za lepsze uważa obciążenie śrutem, gdyż przy tem postępowaniu łatwiej nadać można kierunek uciskowi. Balonik z rtęcią może chora sobie sama stósować, a to w ten sposób, że dwa baloniki łączy się ze sobą zapomocą drenu, jeden z nich wypełnia się rtęcią, drugi pusty wprowadza sobie chora sama do pochwy. Po wprowadzeniu z łatwością może sobie chora przelać rtęć z balona, wypełnionego rtęcią, do balonu, włożonego do pochwy. *St. D.*

Dr. O. Schäffer. **O przedarciu sklepienia i o innych rzadszych obrażeniach przy spółkowaniu.** (*Ctbl. f. Gyn.* Nr. 8. 1900). Na wstępie opisuje autor przypadek pęknięcia sklepienia przedniego na długości 4 ctm. podczas spółkowania. Dotyczył on chorej już przedtem autorowi znanej i przez niego leczonej z powodu pochwicy (vaginismus) i ogólnej histeryi. Chora ta podczas wprowadzania wziernika dostawała zawsze skurczu wszystkich mięśni pochwy, pęcherza i odbytu. Ponieważ akt spółkowania w danym przypadku nie był gwałtowny, autor uważa za tło pęknięcia skurcz sklepienia przedniego z powodu pochwicy przy wprowadzaniu prącia.

W dalszym ciągu zwraca autor uwagę, że blizny drobne, jakie bardzo często znachodzi się w sklepieniu przednieni, należy odnieść również do skutków aktu spółkowania.

Kilkakrotnie miał autor sposobność widzieć oderwanie od tyłu błony dziewiczej od podstawy i tą drogą powstałe dalej idące obrażenie przegrody pochwowo-odbytnicowej, powstałe przy spółkowaniu. Obrażenia takie nie stały w związku z gwałtownem spółkowaniem, tylko przydarzały się zawsze u kobiet nerwowych z niedorozwojem części płciowch. *St. D.*

Prof. Basch. **Duszność sercowa** (*dyspnoea cardiaca*) **i obrzęk płuc.** (*Wiener med. Presse* Nr 8, 1900). Przyczyny duszności pochodzenia sercowego nie są jeszcze dotychczas zupełnie wyjaśnione. I tak jedni utrzymują, że nadmierne nasycenie się krwi w płucach bezwodnikiem węglowym sprowadza duszność u sercowo chorych, — inni znów twierdzą, że naczynia włosowate pęcherzyków płucnych bywają u takich chorych szczelnie krwią napełnione, wskutek czego płuca w całości są jędrniejsze i nie poddają się w tej mierze, co prawidłowe, mięśniom oddechowym; byłaby to niejako mechaniczna przeszkoda, powodująca duszność. Do ostatniej teoryi zbliża się wprawdzie autor, atoli z tym dodatkiem, że bezpośrednią przyczyną duszności bywa t. w. obrzmienie płuc, powstające właśnie wskutek nadmiernej ilości krwi, zawartej w naczyniach włosowatych pęcherzyków płucnych. Albowiem podczas wolnego i spokojnego oddechania spełnia płuco swoje zadanie u sercowo chorego wcale dobrze — jeśli jednak taki chory poddaje się jakiejkolwiekbądź natężonej, bodaj krótkotrwałej pracy, przyczem i oddechy są głębsze, wówczas już występują znamienne objawy duszności na znak, że płuca więcej nie podołają tej zwiększonej pracy, czyli że choremu brak tchu. —

Takie więc płuco, które skutkiem obfitej zawartości krwi stało się jędrnem, jest pierwszym warunkiem wytworzenia się duszności sercowej — oczywiście że następstwem znów niedoskonałego oddychania jest nagromadzenie się we krwi bezwodnika węglowego. Różnica tedy między dusznością sercową, a dychawicą (asthma) takiegoż samego pochodzenia, polegałaby według autora na tym bodźcu, który pociąga za sobą podwyższenie parcia krwi, czyli na tem natężeniu, któremu i osłabione serce więcej podołać nie może a płuco, krwią wówczas napełnione, staje się jędrniejszem i mniej elastycznem; dychawica zaś sercowa występuje dobrowolnie, przyczem serce nagle staje się niedomagającem. —

Obrzęk płuc łączący się często z dusznicą, jest wyższym tylko stopniem objawów, towarzyszących duszności; zastój krwi żylnej w płucach, który jest wspólny obydwom tym cierpieniom, stanowi główną przyczynę powstania przesięku, przyczem także ma niepoślednie znaczenie stan samej krwi i naczyń krwionośnych. Z tego wynika, że wobrzęku płuc są wskazane środki nasercowe, a nie wykrztuśne, lub wymiotne. *Dr. Henryk Pisek.*

Doc. Schauman Ossian i Dr. Rosenqvist Emil (z Helsingsforsu w Finlandyi). **Jak należy objaśnić zwiększenie się ilości ciałek krwi w górach?** (*Therapeutische Monatshefte.* 1900, Zeszyt I). Wskutek wystąpienia Meissena, który niedawno ogłosił (w *Therapeutische Monatshefte.* 1899, Z. X) pracę, objaśniającą zwiększenie ilości ciałek czerwonych krwi w górach zmianami w objętości kamery w przyrządzie Thoma-Zeissa, napisali obaj autorowie, znani już z badań nad powyższem zagadnieniem, artykuł polemiczny.

Meissen wyraził się bardzo stanowczo, że zagadnienie to raz na zawsze jest rozstrzygnięte, że mianowicie zmiany w ilości ciałek krwi w górach leżą nie w ustroju ludzkim, ale w przyrządzie do liczenia ciałek, który to przyrząd pod wpływem ciśnienia powietrza zmienia swą objętość. Zdanie to bardzo śmiałe obalają autorowie szeregiem dowodów. I tak wiadomo, że zwiększenie się ilości ciałek krwi następuje stopniowo powoli po przeniesieniu człowieka czy zwierzęcia w miejsce wysokie w górach. Jeżeli więc zwiększenie jest tylko pozorne i zależy od błędów w przyrządzie do liczenia ciałek, jakże objaśnić objaw stopniowego zwiększania, niewątpliwie spostrzegany przez bardzo wielu sumiennych badaczy? Również, jak wiadomo, rośnie odsetkowa zawartość hemoglobiny, a tego objawu nie można już w żaden sposób połączyć z błędami, mającymi źródło w zmienności objętości przyrządu Fleischla, który może posiadać pewne wady, ale niezależne zgoła od różnicy w wzniesieniu nad poziom morza, czyli w ciśnieniu barometrycznem.

Tak samo zmiany morfologiczne we krwi, które zauważyli autorowie w badaniach własnych, a mianowicie znachodzenie się ciałek czerwonych młodych, jądrzastych, (patrz sprawozdanie z pracy tej w *Przegl. Lek.* z roku ubiegłego pod napisem: „Krew w wysokich górach") nie da się objaśnić przypuszczeniem Meissena. Meissen podał nawet własny przyrząd do liczenia ciałek; jednakowoż Turban, który w Davos porównywał ilości ciałek, obliczane zapomocą zwykłego przyrządu Thoma-Zeissa i nowego przyrządu Meissena, nie znalazł różnicy. *(Münch. med. Wochenschrift* 1899, Nr. 24).

Wobec tego wszystkiego zdanie Meissena ostać się nie może. Sam objaw zwiększania się ilości ciałek krwi w górach jest tak powszechny, stwierdzony przez tylu badaczy niezależnie od siebie w różnych górach, że nie można weń wątpić. Pozostaje tylko wyjaśnić przyczynę tego objawu. Doświadczenia autorów przemawiają za tem, że głównym czynnikiem zwiększenia się ilości ciałek jest rozrzedzenie powietrza, czyli zmniejszenie ciśnienia barometrycznego, a to znowu działa na narząd krwiotwórczy w tym kierunku, że pobudza czynność jego, czyli, że przychodzi do nowotworzenia ciałek krwi.

Doświadczenia badacza francuskiego Selliera popierają zdanie autorów, że działa w tym razie rozrzedzenie powietrza. Doświadczenia te powtarzali następnie autorowie i doszli do takich samych wyników, tj. że pod dzwonem pompy powietrznej, w warunkach, odpowiadających klimatowi wysokogórskiemu, t. j. przy ciśnieniu zmniejszonem i przy niezmienionym stosunku odsetkowym tlenu w powietrzu, występowało zwiększenie się ilości ciałek krwi.

Zwiększenie to jest istotne, a polega na nowotworzeniu ciałek krwi. Toteż autorowie teoryę nowotworzenia podtrzymują dalej, ponieważ zdoła wytłómaczyć wszystkie objawy. „Dawna hipoteza nowotworzenia uwzględnia jedynie wszystkie stwierdzone objawy i objaśnia je, posiada też ona jedynie prawdziwy *raison d'être*".

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Knepper: **Przypadek porodu ulicznego u 43-letniej pierwiastki** *(Vjschr. f. ger. Med.* T, XVIII. Z. II. 1899). Kobieta 43 lat licząca, pierwszy raz ciężarna, wyczekująca z obawą ogromną porodu, uczuła w dziesięć dni po upływie czasu, który położna jako prawdopodobny co do wystąpienia objawów porodowych oznaczyła, nieznaczne bóle w brzuchu, a wkrótce potem silne parcie na stolec. Nie chcąc pójść do wychodka, postawiła nocnik na nizkim stołeczku i w chwili, kiedy miała nań usiąść, urodziło się wśród słabych bólów w brzuchu żywe dziecię, które upadło do nocnika. Wody płodowe miały wrzekomo odejść dopiero po urodzeniu się dziecka i to w bardzo nieznacznej ilości. Kiedy w 10 minut po porodzie przybył na miejsce przypadku Dr. K., zastał matkę stojącą przed łóżkiem, dziecko leżało na ziemi, silnie napięta pępowina lekko jeszcze tętniła. Przedsięwzięte badanie dziecka wykazało silnie zbudowaną i dobrze odżywioną dziewczynkę, ważącą 3000 grm., długości 49·5 ctm. obw. głowy 33 ctm. szerok., bark. 13 ctm., bioder 8·5 ctm. Na powłokach zewn. nie znaleziono żadnych uszkodzeń, nie zauważono również przedgłowia. Badanie matki wykazało ledwo widoczne naddarcie wędzidełka. *Horoszkiewicz.*

Kuhnt: **Przypadek urazowego pęknięcia serca przy nieuszkodzonej klatce piersiowej** *(Zeitschr. f. Med. B.* Nr. 16, 1899 r.). Czteroletni, zdrowy, silnie zbudowany chłopak spadł wśród wolnej jazdy z wozu 80 ctm. wysokiego na bruk uliczny, uderzając o niego przednią powierzchnią ciała; utracił natychmiast przytomność i po 20 minutach zmarł. Przy sekcyi sądowej stwierdzono po lewej stronie klatki piersiowej na wysokości 8 i 9 żebra 5 ctm. długie, 2 ctm. szerokie, krwią podbiegnięte otarcie naskórka. Oględziny wewnętrzne wykazały w worku osierdziowym około 120 ctm. sz. częścią skrzepłej, częściowo zaś płynnej krwi, jakoteż pęknięcie ściany prawej komory w jej osi podłużnej po stronie zewnętrznej długości 11 mm. Brzegi pęknięcia były krwią podbiegnięte, ściana komory 3 mm. gruba, — mięsień prawidłowy. *Horoszkiewicz.*

Dr. Ignacy Lemberger. **Skład chemiczny troponu i jego wartość odżywcza ze stanowiska teoretycznego.** (*Pamiętnik wydany na jubileusz prof. E. Korczyńskiego*). Autor przeprowadził dokładną analizę jakościową i ilościową troponu, którą przytacza w całej rozciągłości i orzeka, że Finkler przecenia wartość troponu, twierdząc, iż 99% białka w nim ulega wchłonieniu, jakoteż, iż jest przetworem 40%—50% tańszym od mięsa. Białka bowiem, według analizy autora, zdolnego do chłonienia znajduje się 73·3%, a wobec tego jest przetworem o 25% droższym od mięsa. Lubo tropon jest dalekim od ideału chemicznie czystego białka, to jednak znaczenia mu odmówić nie można z tej przyczyny, że jest to przetwór bogaty w ciała białkowe, ulegające wessaniu w formie nie ulegającej tak łatwo zepsuciu, jak inne tym podobne przetwory.

Dr. Latkowski.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 28 Marca 1900.

Obecnych członków 42. Przewodniczący: kol. Sielski.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Mars przedstawia ciężarną z wyleczonem pęknięciem macicy i zastanawia się nad postępowaniem w przebiegu obecnej ciąży i porodu. Blizny w pochwie uważa za bez znaczenia, gdyż te, rozpulchnione, rozciągną się i nie będą stanowiły poważnej przeszkody porodowej; natomiast ze względu na blizny w ścianie macicy i grożące w miejscu ich powtórne pęknięcie kolega Mars będzie się starał o jak najdłuższe utrzymanie pęcherza płodowego, w razie zaś odejścia wód płodowych wykona natychmiast obrót na nóżki i ekstrakcyę.

Kol. Obtułowicz wspomina o podobnym przypadku z własnego doświadczenia. Wyleczona po pęknięciu macicy kobieta zastępowała dwa razy. Raz nastąpiło poronienie, drugi raz zaś przy porodzie, który odbywał się bez nadzoru lekarskiego, nastąpiło ponowne pęknięcie i zejście śmiertelne. Na podstawie tego doświadczenia kol. Obtułowicz obawia się ponownego pęknięcia.

3) Kol. Barącz przedstawia 26-letniego chorego z wadą utworową obu kończyn górnych. Kończyna prawa w całości 10 ctm. długa, ma 2 palce, jeden chwytny, drugi nie. Kończyna lewa przedstawia się jako krótki kikut z częściowo rozwiniętą kością ramieniową. Kościec obu kończyn demonstruje B. na röntgenogramach, wykonanych w pracowni kol. Silbersteina. W dyskusyi podaje kol. B. że przyczyny powstania podobnych ubytków utworowych należy szukać w ścieśnieniu jamy macicznej, w zrostach owodni lub należy ją odnosić do ucisku sznura pępkowego. W dalszej dyskusyi zabierają głos kol. Skałkowski i kol. Mars.

4) Kol. Beck miał odczyt »O zjawiskach elektrycznych w siatkówce«. Prelegent rozpoczął swój odczyt krótkim wstępem, w którym wyjaśnił na podstawie odpowiednich demonstracyi główniejsze zjawiska elektryczności zwierzęcej, jak prądu spoczynkowego i wahania wstecznego.

Dla nauki o elektryczności zwierzęcej było odkrycie zmian galwanicznych, występujących w siatkówce pod wpływem fal świetlnych, rzeczą pierwszorzędnej wagi. Odkrycie to dowiodło, że zmiany galwaniczne występują nie tylko podczas sztucznego drażnienia nerwów, ale i wtedy, gdy w nerwach i mięśniach zachodzi właściwa im czynność fizyologiczna. Po pierwszych spostrzeżeniach w tym kierunku, które zawdzięczamy du Bois-Reymondowi, nastąpiły prace Holmgrena, Devara i M'Kendnicka i wreszcie Kühnego i Steinera. Praca dwóch ostatnich autorów miała między innemi na celu wykazanie siedziby własności elektrobodźczych siatkówki. Na podstawie pewnych analogij przypuszczają oni, że własności te mają swą siedzibę nie w komórkach i włóknach nerwowych, wchodzących w skład siatkówki, ale w jej przybłonku zmysłowym, tj. w pręcikach i czopkach. Przypuszczenie swe opierają K. i St. nadto i na doświadczeniu, w którem udało się im rozszczepić siatkówkę na 2 warstwy i badać zjawiska elektryczne w każdej z warstw z osobna. Wobec oczywistej niedokładności takiego rozszczepienia, wyniki doświadczeń K. i St. nie mogły być przyjęte bez zarzutu.

Kol. Beck natrafił podczas pobytu swego w stacyi zoologicznej w Neapolu na gatunek zwierząt (głowonogi — *Eledone moschata*), u których warstwy siatkówki już z natury są rozdzielone. Na podstawie szeregu doświadczeń, wykonanych na tych zwierzętach, udało się prelegentowi rozstrzygnąć w sposób stanowczy zagadnienie, postawione z zastrzeżeniem przez K. i St. i stwierdzić słuszność ich przypuszczenia. Po za tem wyniki pracy prelegenta są pod wielu względami różne od wyników doświadczeń tak K. i St., jak i innych autorów.

Doświadczenia prelegenta rozpadają się na 2 grupy: w pierwszej badano nerwową część aparatu wzrokowego, w drugiej — samą siatkówkę. Przy badaniu nerwowej części aparatu wzrokowego poświęcił prelegent przedewszystkiem uwagę badaniu nerwu i zwoju wzrokowego. Preparat składał się najczęściej z jednego oka wraz z odpowiednim nerwem i zwojem, którego spoidło było odcięte od mózgu. Oświetlenie wywoływało tutaj zawsze występowanie potencyału ujemnie elektrycznego w zwoju. W chwili następnego odcięcia światła od preparatu następowała nagła zmiana prądu czynnościowego: zawsze powrót w stronę wychylenia prądu spoczynkowego. — W celu skontrolowania tych wyników wykonano doświadczenie nad gałką oczną i nerwowymi składnikami preparatu. Jedna elektroda przykładaną była albo do zwoju albo do nerwu, druga do obojętnego miejsca — do samej ściany zewnętrznej gałki ocznej. Doświadczenia te dawały zawsze stały wynik: zawsze podczas oświetlania oka część nerwowa stawała się więcej ujemnie elektryczną wobec badanego punktu gałki ocznej. Zaciemnienie zaś wywoływało zawsze powrót do wartości prądu spoczynkowego. Robił też prelegent próby, czy nie udałoby się wykazać różnic w napięciu elektrycznem obu zwojów nerwowych przez oświetlenie jednego tylko. Próby te nie dały wyraźnego rezultatu, jak się zdaje dlatego, że nieudało się uchylić w zupełności światła od oka zakrytego. —

Do badań zjawisk elektrycznych w samej siatkówce służył preparat, zrobiony w ciemnym pokoju, przy świetle czerwonem, z tylnej części gałki. Zwierzęta przebywały przed preparowaniem w ciemności do 18 godzin. Zjawiska elektryczne odznaczały się przy tych doświadczeniach nadzwyczaj silnem natężeniem prądu. Kierunek prądu spoczynkowego był zawsze stały: powierzchnia wewnętrzna (siatk.) ujemna, powierzchnia zewnętrzna dodatnia. Pod wpływem oświetlenia oka występowało nagle nadzwyczaj silne wachnienie dodatnie, tj. **powierzchnia pręcików stawała się pod wpływem czynności więcej ujemną**. W chwili zaciemnienia następuje znowu szybki spadek wychylenia do pierwotnego stanu.

Dla siatkówki *eledone moschata* jest tedy zadrażnieniem tylko wpuszczenie światła, a zaciemnienie uważać należy — wbrew zapatrywaniom innych autorów — za odpoczynek. Prelegent przypuszcza, że ma się tu do czynienia z jakąś substancyą, która pod pływem światła ulega procesom chemicznym, warunkującym powstawanie prądów czynnościowych, przy czem sama się rozkłada, a pod wpływem ciemności znów się regeneruje. — *Dr. J. Krzyszkowski, sekretarz.*

V. Korespondencye.

Urga, grudzień 1899 r.

Piszę dziś do Was z granic państwa niebieskiego, ze stolicy Mongolii Urgi, oddalonej od Kiachty mniej więcej o 360 wiorst, w której w ciągu mego blizko 8-letniego pobytu w krainie Zabajkalskiej, po raz drugi przebywam. Przed czterema laty jechałem tu dobrowolnie, nęcony badaniami antropologicznemi mongolów północnych, — chałchasów, bądź co bądź najczystszej rasy tego plemienia; dziś obowiązki służbowe tu mnie powołały. Wskutek odwołania się jeneralnego konsula rosyjskiego w Urdze do jenerałgubernatora nadamurskiego, zostałem tu wysłany dla zbadania epidemicznej choroby, która pojawiła się w Urdze i z łatwością mogłaby być zawleczoną w granice Rosyi.

Urga — ze swą prawie 50-tysięczną ludnością, — jest głównym rynkiem handlowym Azyi środkowej. Rok okrągły tędy kroczą karawany z rozmaitymi towarami z Chin, głównie z herbatą, a oprócz tego ze skórami, tłuszczem, futrami i t. p., dążąc przez Kiachtę do Rosyi. W prostym kierunku jest oddalona o półtora tysiąca wiorst od Pekinu, a droga ta wiedzie przez Kałgan i pustynię Kobi. Przy prędkiej jeździe tu dojeżdża się w 15 dni z Pekinu, a karawany potrzebują ze 3 tygodnie. Urga jest rezydencyą ambani (gubernatora) wschodniej Mongolii i tu przebywa, w świętem mieście „Da-Kure“ z kolei przeobrażeniec boży, zwany „bohdohehenem“, czyli „chutuchtą“, — drugi, co do świętości, po „Dałajlamie“ w Chłassie w Tybecie, przesiedleniec boży w świecie budyjsko-lamajskim. Tu co lata przybywają tysiące pielgrzymów dla oddania pokłonu bohdo-hehenowi, a pomiędzy tłumami spotykasz pątników nie tylko z różnych części Mongolii, Tybetu, buriatów zabajkalskich i irkuckich, lecz nawet kałmuków z nad Wołgi, ciągnących tu z dalekich stepów astrachańskich. W czasie odbywających się co lat 3 sejmów książąt mongolskich, trwają tu z parę tygodni nabożeństwa i igrzyska, ściągając tłumy ludu, którego liczba dochodzi do 200 tysięcy.

Pojawienie się ubiegłej jesieni w Urdze choroby morderczej zaniepokoiło silnie miejscową kolonię rosyjską*), trudniącą się tu handlem herbaty, oraz leżące na trakcie do Rosyi miasta: Kiachtę i Irkuck.

Zebrane przezemnie szczegóły wyjaśniły, że z ostatnich dni sierpnia do końca września r. b. w P.—Z. i P.—W. Mongolii istniała choroba zakaźna i bezwzględnie śmiertelna, której objawy uwydatniać się miały podniesieniem ciepłoty, bólem głowy, majaczeniem, kaszlem, krwioplucieniem, a nieraz krwotokiem płucnym i nosowym, po czem chorzy umierali. Choroba trwała od 2—3 dni, nieraz padali od niej, jakby rażeni piorunem, po kilkugodzinnem cierpieniu.

W zachodniej części Mongolii choroba ta pojawiła się w odległości 450—500 wiorst od miasta Urgi w choszunach (ziemiach) Michan-Guna, Miszik-Guna i w księztwie Tuszetu-Chana, od której miało umrzeć według jednych do 200, a według drugich do 300 mongołów i handlujących tam chińczyków. Wystraszona ludność, jak zwykle w krajach niezorganizowanych, pozostawiona w takich razach sama sobie, zastosowała środki ostrożności przeciw szerzeniu się choroby, zatem przerwano wszelką komunikacyę z sąsiedniemi jurtami, a pozostali przy życiu, spaliwszy swe jurty, udali się na nowe koczowiska. Dzięki temu, a w części i nadeszłym w październiku mrozom, choroba zupełnie wygasła. Do miejsc tych zakażonych wyjechało z Urgi z towarami 9 chińczyków; należeli oni do dwóch firm handlowych. Handel ten polegał na zamianie towarów chińskich i materyj jedwabnych, wyrobów z miedzi, srebra, porcelany i t. p. na miejscowe produkty surowe Mongolii, jakimi są: skóry, futra i tłuszcz. Z 9 chińczyków, którzy handlowali, sześciu zachorowało i zmarło, pozostali trzej uciekli z zakażonych chorobą miejsc między 12 a 16 września. W drodze zachorował i umarł wiozący ich mongół. Dwóch chińczyków zajechało w Urdze do zajazdu „Barun-dian“, w którym jeden z nich nazajutrz umarł, a wkrótce po nim i drugi. Trzeci chińczyk, który wyjechał na parę dni wcześniej do Urgi i zatrzymał się w jednym z magazynów, jest zupełnie zdrów. Prędko potem, lecz dokładnie czasu określić nie mogę, gdyż chińczycy obawiając się ograniczeń w stosunkach handlowych, ukrywają teraz przed władzą przypadki chorób i śmierci, zachorowało dwóch tam zamieszkałych chińczyków i niebawem obaj umarli. Rosyjska kolonia, zamieszkała w środku miasta pomiędzy chińczykami, z niepokojem śledziła za wszystkiem, co ma związek z tą chorobą. Tak naprzykład zauważono, że przez dni kilka po ostatnich przypadkach śmierci, ulica wiodąca do zajazdu „Barun-dian“, była zabarykadowaną dla przejeżdżających. Dowiedziano się, że z kramu, z którego pochodził handlujący w choszunach zacho-

*) Rosyjska kolonia nalicza do 150 ludzi.

dnich, chińczycy wyjeżdżali w październiku na trakt, przyjęli wymienione przez zmarłych towary i złożyli je w składach Majmarynu urgińskiego (osady handlowej chińskiej), oddalonej o 5 wiorst od Urgi, swoje zaś nie sprzedane mieli jakoby umieścić w zajeździe „Barun-dian“. Ciała zmarłych w Urdze chińczyków, jak zwykle w trumnach z otworem u wezgłowia, zostały odniesione na cmentarz, znajdujący się za miastem i tam ustawione na otwartem miejscu, aby je latem przewieźć do ziemi rodzinnej.

Drugiem miejscem, w którem w tymże czasie panowała choroba z takiemiż objawami i bezwzględną śmiertelnością (według urzędowych danych, zebranych przez urgińskiego ambonia) była półn.-wschod. Mongolia, znajdująca się o 700 przeszło wiorst od Urgi na granicy Mandżuryi, w miejscowości zwanej Barun Suburgan nad rzeką Kierulenem na ziemi Som-Bejse księztwa Cecenchana. Od choroby tej zmarło tu do 80 ludzi. Charakter jej był takiż sam, jak i w Mongolii połud.-zachod. I tu ludność sama przedsięwzięła środki samoobrony, przecięła komunikacyę, spaliła jurty, a pozostali przy życiu przeszli na nowe koczowiska. Z nastaniem chłodów choroba ustała.

Zasięgnięte przezemnie wiadomości, wykazują, że choroba z podobnymi objawami często nawiedzała Mongolię, lecz przechodziła niespostrzeżenie, była znaną tej okolicy, którą nawiedzała, a ludność sama zwalczała epidemię takimi zarządzeniami, jak np. przerwanie komunikacyi i t. d. Dzięki tylko temu, że wywołując panikę swem wkroczeniem do Urgi pośród tu zamieszkałych rosyan, wywołała możność i środki do jej stwierdzenia. Tak naprzykład w r. 1888 na rzece Iro o 160 wiorst na pół.-zach. od Urgi zmarło z niej kilkunastu mongołów. W r. 1889 w końcu lipca o wiorst 250 na południe od Urgi, na handlowym trakcie kałgańskim Chojrin-dzam w miejscowości Szilin-Chuduk jednocześnie wymarły 4 jurty (do 30 ludzi). Energiczne środki, przerwanie komunikacyi, wreszcie spalenie jurt i przejście na nowe koczowiska, przerwały chorobę. Mongolscy lekarze-kapłani, „lama-emeri“, przypisywali pojawienie się epidemii chorobie bobaków, wśród których wówczas wielki mór panował. W r. 1897 jesienią w Urdze było również kilka przypadków śmierci, jak mnie zapewniali zasługujący na wiarę świadkowie naoczni, która następowała po paru dniach choroby wśród objawów podniesionej ciepłoty, majaczenia, bólu w piersiach, i obfitem krwiopluciu. Miejscowe duchowieństwo budyjsko-lamajskie, które trudni się leczeniem nie tylko pośród swoich jednowierców-mongołów, lecz do których z wielką wiarą zwraca się wielu z rosyan, nawet zamieszkałych za granicami Mongolii, nie potrafi rozpoznawać opisywanej choroby. Z jednym z lamów, niejakim Baro, szczycącym się szerokiem wzięciem, a mającym wyższy stopień w hierarchii kapłańskiej „getuna“, mówiłem o tej sprawie. Upewniał on, że bogi (burchony), zagniewane za grzechy ludzkie, nasyłają chorobę zakaźną i nazwał ją tybetańskiem słowem „chidzik“, dalej, że choroba jest bardzo zaraźliwa, jednakże niektórzy przy leczeniu wyzdrawiają. Sądzę jednak, że Boro-getun ma o niej niejasne bardzo pojęcie, i nie zna jej objawów**). W Urdze lamowie tłómaczyli mongołom, że choroba spowodowana została zaćmieniem księżyca i szczęście wielkie, że zaćmienie było nie pełne; w przeciwnym razie jeszczeby większy był mór na ludzi; pospólstwo jeszcze doraźniej tłómaczyło sobie, że jakoby żywy bóg urgiński „Chutuchta“, zapytany przez lamów o przyczynę moru u ludzi, miał im wyjaśnić, że część księżyca psy zjadły. We wschodniej Mongolii pojawienie się choroby przypisywali mongołowie jedzeniu mięsa zdechłej antylopy (po mongolsku „dzeren“): w zachodniej zaś, według jednych powodem miały być wydobyte ze starożytnych mogił srebrne wazy, które szerzyły zarazę, według innych odgrzebane ciała chińczyków, które miano według zwyczaju wywozić do miejsc rodzinnych. Co do środków lekarskich, to słyszałem, że lamowie odmawiają swej pomocy w tej chorobie, jak i w innych zakaźnych, uciekając od chorych i obawiając się sami zakażenia. Ambani mandżurski w Urdze, kiedy miano mu przedstawiać niebezpieczeństwo, które grozi wszystkim mieszkańcom miasta, był tego przekonania, że choroba ta jest straszną dla biedaków tylko, lecz nie dla niego. Powtarzające się w pewnych miejscowościach Mongolii epidemie tej choroby nauczyły ludność przestrzegania środków ochronnych, jakimi są odosobnienie, spalenie dotychczasowych jurt i przejścia na nowe koczowiska. Tem tylko wytłomaczyć można, że sama ludność tłumi ogniska zarazy, co im ułatwia wielce ich życie pasterskie. O wiele w gorszych pozostają warunkach chińczycy, żyjący w ciasnych, ciemnych i dusznych bez przewiewu lepiankach. Choroba ta, pośród nich rozwinięta, przy ich żądzy zarobkowania i ruchliwości handlowej, z łatwością mogłaby zakreślić jeszcze znaczniejsze rozmiary dla swego rozwoju.

Choroba, grasująca w roku bieżącym w dwóch miejscowościach Mongolii, jak o tem wyżej mówiłem, jest nie nową, lecz od czasu do czasu się powtarzającą w różnych miejscowościach. Choroba to strasznie zaraźliwa i bezwzględnie śmiertelna. Przynajmniej mnie nie zdarzyło się słyszeć o przypadkach wyzdrowienia. Objawy tej choroby przypominają dżumę indyjską, czyli tak zwaną czarną śmierć XIV wieku. We wszystkich przypadkach, na ile udało mi się zasięgnąć, wszędzie występowało zapalenie płuc (*pneumonia pestosa*). Przyjmując na uwagę geograficzne położenie Mongolii, jej znaczną odległość od miejsc, dotkniętych morem, jak Indye południowe, prowincye Chin i Tybetu, jej ogromne, słabo zaludnione przestrzenie, a wreszcie i szczególne warunki klimatyczne, nie sprzyjające rozwojowi bakteryj chorób zakaźnych, (o czem szczegółowiej pisałem w streszczeniu mojej pracy: „Klimat Troickosawska-Kiachty“, ogłoszonej w *Przegl. lekarskim*), jak również, że pojawiała się dotąd oddzielnemi, jakby nie łączącemi się z sobą gniazdami, można stanowczo twierdzić, że mór nie był zaniesiony tu z południa, lecz jest chorobą miejscową, endemicznie, samodzielnie tu rozwiniętą i wybuchającą przy pewnych sprzyjających warunkach. Kilka epidemii miejscowych moru z obrzękiem gruczołów (*pestis bubonica*) zostało opisanych przez Dra Bielawskiego. Były one spostrzegane od 1888 do 1894: razem 48 przypadków. Odnoszą się wszystkie do wschodniej części okręgu Akszyńskiego obwodu Zabajkalskiego, o czem pisałem do Was w jednej z moich przeszłych korespondencyj. Choroba tu występowała wśród groźnych objawów, wysokiej ciepłoty, bólu głowy, majaczenia, rozstroju trawienia i obrzęku gruczołów udowych, pachowych, rzadziej pachwinowych i szyjnych, śmierć następowała na 3 — 4 dzień. Miejscowość, która nawiedzoną została epidemią obecnej jesieni w płn.-wschód. Mongolii, leży w niedalekiej odległości od miejsc wyżej opisanych okręgu Akszyńskiego, w którym stwierdzono pewien związek między chorobą ludzi i bobaków.

Wkrótce po przekonaniu się, że przyczyną moru u ludzi w Indostanie jest choroba gryzoniów, myszy i szczurów, stwierdzono podobne fakta w r. 1888 i w okręgu Akszyńskim, mianowicie, że bobaki spowodowują podobną chorobę u ludzi. Świstaki (*Arctomys marmota*) żyją przeważnie w Europie na wyniosłych górach Alp, Pirenoów, Tatr i nie schodzą nigdy na linię pasma lasów. Bobak różni się od świstaka swą budową i barwą odmienną. Świstaki mają budowę mocną, głowę wielką i szeroką, ogon krótki, puszysty, ruchy niezgrabne, źrenice okrągłe i worków zapasowych pod szczękami nie posiadają. Do tego samego rodzaju, co świstaki, należy bobak (*Arctomys bobac*), po mongolsku „tarbagan“, żyjący wyłącznie na równinach. Pyszczek i kręgi dokoła oczu ma ciemno-żółte, grzbiet i brzuch rdzawo-szaro-żółte, przednie zęby biało. Długość ciała 65 ctm., ogona 5 ctm. Bobak żyje we wschodniej Europie, południowej Polsce i Bukowinie, na całem Południu Rosyi i w południowej Syberyi, a chociaż dotąd wschodnia granica zamieszkania jego ściśle nieoznaczona, jednak można wnosić, że dochodzi aż do Oceanu Wschodniego. Wiadomo, że przebywa on w wielu miejscowościach Azyi na obszernych równinach bezleśnych lub w dolinach pomiędzy wzgórzami, gdzie buduje sobie w ziemi nory, zwrócone ku słońcu. — Niezliczone mnóstwo szczurów, myszy i bobaków w Zabajkalu, a jeszcze bardziej w sąsiedniej z nią Mongolii, obfitującej w rozległe przestrzenie puste, nie tępionych przez ludność, zwłaszcza, że w wielu miejscach, t. zw. świętych, polowanie jest nawet surowo wzbronione, jak naprzykład na górze Bohdo-ta (święta góra) w Urdze, na której mnoży się ich tysiące.

Mięso bobaka uważają mongołowie-buriaci i rosyanie w krainie Zabajkalskiej za wielki przysmak. Smak jego, oprócz swoistego zapachu, ma przypominać gęsinę. Mongołowie przygotowują je w ten sposób, że zdjąwszy skórę i wypatroszywszy bobaka, wkładają w niego rozpalone kamienie, zasypują gorącym popiołem i pokrywają ziemią. W ten sposób przyrządzony bobak ma być bardzo smaczny. W samej Urdze, której znaczną część ludności stanowi duchowieństwo, bo przeszło 10 tysięcy, mięsa bobaka nie używają na pokarm, Lamowie bowiem, oprócz mięsa baraniego i wołowego, żadnego innego nie jedzą. Złowienie bobaka jest dość trudne, lecz się opłaca; bobak przeciętnie daje tłuszczu do 5 funtów; wyróżnia się on delikatnością i dlatego używają go do smarowania skór i rzemieni, a niekiedy i do oświetlenia. Lecz największy ma popyt — futro, które, pomimo nietrwałości i małej puszystości, dla swej niskiej ceny jest bardzo poszukiwane i wywożone bywa do Rosyi i do Chin. Skupują je masami u Mongołów Chińczycy, część wysyłają przez Kałgan dalej na południe, część zaś przywożą na główny rynek zbytu do Urgi. Tu rozbierają je różne firmy handlowe, wysyłając przez Kiachtę do Rosyi, a jeszcze znaczniejszą ilość, bo miliony skór idzie przez zachodnią Mongolię, Kaszegocz i Bijsk do Rosyi.

**) Słyszałem, że jeden z lamów nazwał tę chorobę »szara ubuczy« tj. czarna choroba, co zdaje się wskazywać, że albo choroba ta niegdyś już grasowała w Mongolii epidemicznie, lub też nazwa ta wzięta z Europy, przypominająca tak zwaną »czarną śmierć«.

Bobaki, jak wiadomo, podlegają zimowej śpiączce, w której przebywają, począwszy od września aż do marca. Ponieważ w jesieni są najtłuściejsze i włos ich najpuszystszy, przeto o tej porze roku najbardziej bywają poszukiwane przez przemysłowców. W tym właśnie czasie, jak to spostrzegano w okręgu Akszyńskim, a co stwierdzono i w Mongolii, w niektórych latach i miejscach, naprzykład na futorze Soktujskim w okręgu Akszyńskim w r. 1889, 1891 i 1894, bywa pewien pomór na bobaki, od którego wielka ich liczba ginie. Po zachorowaniu zwierzęta te nie kryją się do nór i dłużej przebywają na polu. Według zebranych danych w okręgu Akszyńskim przez Dra Bielawskiego bobaki chore nie szczekają, są wątłe, bieg ich niepewny, miewają niekiedy pod pachami czerwone, chełboczące obrzęki. Gdy bobak zachoruje, reszta wygania go z nory, a gdy zdechnie, to zdrowe wyrzucają go na powierzchnię. W tym czasie bobaki z łatwością stają się zdobyczą poszukiwaczy i żerem dla psów. W Mongolii, a w szczególności w Urdze, wielka liczba psów, pozostających przeważnie w stanie dzikim, jest postrachem ludności, gdyż nietylko pożerają one zwłoki przy obrzędzie budyjskim wyrzucania ciał zmarłych, lecz nieraz i żywi stają się ich pastwą. Niedawno stara mongołka z dwiema młodemi wnuczkami wracała pod wieczór ze świątyni. Z pobliskiego rowu wypadły psy i rozerwawszy na części te nieszczęśliwe istoty, objadły ich ciała do kości. Są tu żebracy, którzy żyją na ulicach, leżąc razem z psami, przykryci warstwą nawozu i szmat, i tak przebywają całą zimę. Przechodnie z litości przynoszą im pokarm. Psy nie dotykają za życia tych nieszczęśliwych, lecz wyczekują ich śmierci, by ich spożyć. Otóż psy i wilki zjadają bezkarnie nietylko zwłoki ludzkie i zwierzęce, ale i bobaki. Tymczasem ludzie od chorych bobaków zarażają się przy zdejmowaniu skóry, oraz przy spożywaniu ich mięsa, choroby zupełnie analogicznej z morem azyatyckim, który w okręgu Akszyńskim wyróżniał się przeważnie obrzękiem gruczołów, a w Mongolii w przypadkach dotąd spostrzeganych, zapaleniem płuc. Obydwie postacie chorobowe okazały się nadzwyczaj zaraźliwemi i bezwarunkowo śmiertelnemi. Mór często nawiedza bobaki, a jeśli on tylko rzadko udziela się ludziom, przypisać to należy, jak to w kraju zabajkalskim zauważył Dr. Bielawski, że mieszkańcy umieją chorobę bobaków wcześnie rozpoznawać. Oprócz gruczołów pachowych, które niekiedy bywają obrzmiałe, prawie zawsze u chorych bobaków po rozcięciu skóry na łapkach występuje zapieczona krew; takich wyrzucają psom na zjedzenie. Czy mongołowie umieją odróżniać bobaki chore od zdrowych, jak to potrafią zabajkalcy, nie udało mi się stwierdzić. Tak w Zabajkalu, jak i w Mongolii, należy dopatrywać tej samej przyczyny, wywołującej opisaną chorobę u ludzi, a jest nią choroba bobaków z odmiennymi tylko objawami zakażenia. Chociaż już parę miesięcy upłynęło od czasu ustania epidemii, trudno jednak zaręczyć, czy z nastaniem wiosny, lub w późnej jesieni znowu się ona nie pojawi, jak to dotychczas bywało. Obecnie warunki są tu dla nowego rozwoju epidemii bardzo niesprzyjające. W początkach grudnia, kiedy u nas w kraju dnie bywają mgliste, ciemne i pochmurne, tu przy nocnych mrozach od 18—22° C. po mgle rannej, od 8 rano niebo się wyjaśnia, słońce przy nadzwyczaj przeźroczystem powietrzu, właściwem tutejszemu klimatowi, świecąc silnie, ogrzewa ziemię palącymi promieniami. Cisza panuje w powietrzu. Co dni kilka zrywa tylko się wiatr północny, dmący z wielką siłą, przy nizkiem barometrycznem ciśnieniu i suchości powietrza; zimą opady są tu prawie żadne; zatem są tu wszystkie warunki klimatu górskiego, ponieważ Urga wznosi się na 1,250 mtr. nad powierzchnią morza. Naturalny przewiew poprawia złe warunki sanitarne, które wytwarzają tutejsi mieszkańcy.

Ponieważ walka z chorobą zakaźną w państwie tak źle zorganizowanem, jak Chiny i do tego obcem, jest wielce trudną dla władz rosyjskich, mieliśmy więc tylko na widoku możność zawleczenia choroby w granice Rosyi; zalecone przezemnie konsulatom środki dla zapobieżenia chorobie na wypadek jej rozwoju, władze chińskie przyjęły; są one następujące:

1) Wezwać władze chińskie do oczyszczania przynajmniej dwa razy do roku (na wiosnę i w jesieni) miasta Urgi.

2) Rozpowszechnić pomiędzy ludnością mongolską i chińską w tłómaczeniu krótki opis moru, jego objawów i środków zapobiegawczych.

3) Rozdawać mongołom i chińczykom bezpłatnie wapno, mydło zielone i niektóre inne środki dezinfekcyjne.

4) Domagać się zawiadomienia konsulatu o każdym podejrzanym przypadku choroby lub śmierci, aby ten mógł zarządzić właściwe środki.

5) Asanizować zajazd „Barun-diań" pod kontrolą konsulatu.

6) Zarządzić aby w Urdze zamieszkiwał stale lekarz rosyski, mogący śledzić za pojawieniem się choroby w Mongolii i tym sposobem zapobiedz jej rozszerzeniu i zawleczeniu w granice Rosyi.

Charakter istniejącej choroby epidemicznej w Mongolii i krainie Zabajkalskiej wyświetlą w przyszłości bakteryolodzy i wydadzą sąd o niej, czy jest ona wywołaną przez bakterye, identyczne z prątkami moru, lub przez jakie inne. Może w przyszłości, po bliższem zbadaniu strony klinicznej tej choroby, zaprzeczą jej powinowactwu z morem i niektórzy zechcą widzieć nową jakąś postać nieznaną, jak to było z epidemią w Kołobówce. Dziś z faktów, które zebrałem, a poparty spostrzeżeniami, zrobionemi w Zabajkalu, wnioskuję, że jak tam, tak i Mongolii mamy przed sobą mór i że do licznych epidemicznych gniazd tej choroby, rozrzuconych na wielkim obszarze Azyi i od siebie niezależnych, jak w Himalajach, Hong-kongu, Kantonie, Junamie, na granicy Tonkinu, wreszcie w Mandżuryi, należy zaliczyć i epidemie, występujące w Zabajkalu i Mongolii.

Jan Iłgowski.

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Protokóły

z posiedzeń Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej.

Posiedzenie w dniu 15 stycznia 1900 r.

Przewodniczący; Dr. Łazarski, obecni: Dr. Ponikło, Dr. Trzebicky, Dr. Walczyński.

Przewodniczący zawiadamia, że pisarz Izby Karol Engelmann przyznał się do popełnienia defraudacyi na szkodę Izby. Po dyskusyi poruczono nowemu skarbnikowi przeprowadzenie ścisłego obrachunku i dokładne oznaczenie wysokości zdefraudowanej sumy. — Nad licznemi drobnemi sprawami bieżącemi odbyła się żywa dyskusya.

Posiedzenie w dniu 20 stycznia 1900 r.

Obecni wszyscy członkowie Wydziału.

Podskarbi zawiadomił Wydział, że deficyt w kasie wynosi 1165 koron 32 h., wobec czego Wydział powziął następującą uchwałę: „Wydział orzeka, że skarbnik jest odpowiedzialny za całość kasy i poprawność rachunkowości Izby i wobec tego wzywa byłego podskarbiego Izby Doc. Dra Bossowskiego do pokrycia deficytu".

Na wniosek podskarbiego uchwalono wezwać Kolegów zalegających z wkładkami do Izby, o ile nie są notorycznie niezamożnymi, listownie do uiszczenia zaległości; w razie zaś bezskuteczności wezwania postanowiono ściągnąć należytość drogą egzekucyi.

Uchwalono upomnieć się u Prezydyum namiestnictwa, dlaczego delegat Izby do Rady zdrowia nie otrzymał dotąd ani razu zaproszenia na posiedzenie tejże Rady.

Posiedzenie w dniu 10 lutego 1900 r.

Obecni: Przewodniczący, kol. Ponikło, Kohn i Trzebicky.

Przewodniczący zawiadamia, że deficyt, powstały przez defraudacyę Engelmanna, został pokryty w równej części przez b. podskarbiego Dra Bossowskiego i przewodniczącego. Przewodniczący zapłacił połowę zdefraudowanej sumy, choć nie był do tego ani moralnie, ani ustawowo zmuszony, jedynie dla tego tylko, żeby tę przykrą sprawę już raz zakończyć.

Udzielono zapomogi mag. chir. Z. 100 koron, wdowom po lekarzach: pani H. N. 200 koron, a paniom K., S., B. i Ko. po 50 k.

Posiedzenie w dniu 13 marca 1900 r.

Obecni wszyscy członkowie Wydziału.

Przewodniczący przedłożył szereg podań o uwolnienie od wkładek, a względnie zaległości. W przypadkach godnych uwzględnienia zapadła uchwała uwalniająca.

Wdowie po lekarzu pani M. udzielono zapomogi w kwocie 50 koron.

W miejsce dotychczas prenumerowanego czasopisma „Vereins-Zeitung" uchwalono zaprenumerować dla członków Izby czasopismo, mające wychodzić od 1-go kwietnia b. r. pod redakcyą Dra Brennera.

W sprawie zabezpieczenia funduszu emerytalnego dla lekarzy przy stwarzaniu podobnego funduszu dla oficyalistów prywatnych oświadczył referent Dr. Walczyński, że nie widzi sposobu poprawienia na tej drodze bytu lekarzy.

Rada honorowa

Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej rozpatrywała w pierwszym kwartale b. r. szereg spraw, była jednakże tyle szczęśliwą, że ani razu nie musiała wydać orzeczenia potępiającego któregokolwiek z kolegów.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 14 kwietnia.

Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowna Redakcyo!

Na moje odezwanie się w sprawie gruźlicy w *Czasie* z dnia 30 z. m. odpowiedział prof. Bujwid w Nrze 14 *Przeglądu lekarskiego* z r. b. i polemizując ze mną tak przytoczył moje słowa: »rdzeń walki z gruźlicą tkwi nie w przestrzeganiu przepisów higienicznych, ale w poprawie stosunków ekonomicznych«; ja zaś napisałem i każdy może się o tem przekonać: »rdzeń walki z gruźlicą tkwi nie *tyle w słowach* i w przestrzeganiu przepisów higienicznych, *ile* w poprawie stosunków ekonomicznych«.

Niepodobna polemizować, gdy kto tak przeinacza cudze zdania i na tem buduje swoje wywody przeciw twierdzeniom, których nie wypowiedziano. *Prof. Dr. Domański.*

* Otrzymaliśmy następującą odezwę z prośbą o ogłoszenie: W gronie podpisanych kolegów, którzy wstąpili na wszechnicę wiedeńską w r. 1869, a ukończyli ją w r. 1874, powstała myśl zjazdu koleżeńskiego w Wiedniu w ciągu Października r. b. w 25 rocznicę opuszczenia ław uniwersyteckich, aby odnowić i zacieśnić zawiązane w czasie studyów koleżeńskie stosunki. Podpisani proszą przeto kolegów, ażeby zgłaszali swój udział w zjeździe na ręce Dr. Artura Pinskera, (Wien, II. Kaiser-Josefstrasse 3) najpóźniej do 1 czerwca b. r., poczem każdemu uczestnikowi przesłany zostanie szczegółowy program zjazdu. Komitet zjazdu: *Dr. Breuer, Prof. Dr. H Chiari, Dr. Farbtager, Dr. E. Frank, Dr. Hillischer, Dr. Jellinek, Prof. Dr. Mikulicz, Dr. Pinsker, Dr. Steinbach, Dr. Schopf.*

* Lekarze pomocniczy, to jest sekundaryusze i praktykanci szpitala św. Łazarza w Krakowie wnieśli do Wydziału krajowego ponownie podanie o polepszenie bytu, zawiadamiając, że w razie odmowy na (skromne zresztą) żądania, byliby zmuszeni zaprzestać swoich zajęć z dniem 1 maja b. r. Do sprawy tej powrócimy.

* Dr. Stanisław Szuman prosi nas o zaznaczenie, że w pracy jego »O anomaliach odruchów«, drukowanej niedawno w »Przeglądzie« w Nrze 9, str. 113, łam drugi, wiersz 14 i 19 od dołu, znajduje się wyrażenie »zwoje«, zamiast »komórki zwojowe« (Ganglienzellen), jakby właściwie określić należało.

* Dla uczczenia pamięci ś. p. Dr. S. Kondratowicza złożyło grono jego przyjaciół Towarzystwu lek. warsz. 2000 rbs., przeznaczając odsetki na potrzeby biblioteki tego Towarzystwa.

* Kol. Z. Pelczar z Drohobycza nadesłał na nasze ręce na fundusz wdów i sierot po lekarzach 28 koron 16 hal., jako pozostałość z zebranej przez kolegów drohobyckich składki na wieniec dla ś. p. kol. Janowskiego.

* Z powodu nadesłanego nam i ogłoszonego w poprzednim Nrze »Przeglądu« listu kol. Dr. J. Landaua, któremu nie zezwolono na badanie dzieci szkolnych, nasuwa się na myśl mimowoli pytanie, czy wobec tego ci, i tak nie nadto liczni lekarze, którzy poza swą pracą zawodową, coraz bezwzględniej przez społeczeństwo wyzyskiwaną, usiłują dobrowolnie i bezinteresownie pracować dla dobra ogółu, nie mają prawa rąk opuścić, zamiast tracić czas i siły na zwalczanie i w tym nawet kierunku stawianych im przeszkód?

* Według sprawozdania przedłożonego przez prof. Brouardela francuskiej komisyi zwalczania gruźlicy, umiera we Francyi z gruźlicy średnio 43,8 na 10000 mieszkańców. Śmiertelność z gruźlicy w samym Paryżu, wynosząca w r. 1895 — 50,3, zmiejszyła się trochę dzięki zarządzeniom sanitarnym i wynosiła w r. 1897—45.8. W Anglii wskutek energicznego zwalczania gruźlicy wynosi śmiertelność tylko 13,1 na 10000 mieszkańców. — W Krakowie... 71·16.

* W Wiedniu nabrała wielkiego rozgłosu rozprawa sądowa z powodu paszkwilu na lekarzy szpitala św. Józefa dla dzieci. Paszkwil ten, (skonfiskowany zresztą przez władze), ogłosił ojciec dziecka, leczonego w szpitalu na błonicę i zmarłego potem w domu. Oskarżonego skazano wprawdzie na grzywnę, ale na podstawie jednego tylko z 14 punktów oskarżenia, a oskarżający lekarze ponieść muszą koszta postępowania sądowego; bądź co bądź zatem nie otrzymali właściwie zadośćuczynienia, którego się domagali. Pisma lekarskie wiedeńskie nawołują wobec tego do organizacyi w celu obrony stanu lekarskiego. Rozprawa ta ma przynajmniej ten skutek, że wobec wykrytych przez nią niekorzystnych stosunków, pojawił się w Sejmie dolno-austryackim wniosek o utworzenie liczniejszych szpitali dla dzieci, oraz o pomnożenie i lepszą płacę przeciążonego obecnie i źle płatnego personalu lekarskiego.

* W radzie miejskiej wiedeńskiej po odczytaniu przez prof. Grubera wyników badań wody wodociągowej, podjętych z powodu pojawiającego się duru, wyrazić się miał pan burmistrz Lueger, że zadaniem władz lekarskich jest działać uspokajająco, a więc.... milczeć o zagrażających ogółowi niebezpieczeństwach. Niewiadomo, czy litować się, czy szydzić z objęcia przez głowę wielkiej stolicy wielkiego państwa roli burmistrza z Ibsenowskiego »Wroga ludu«.

* 25 zebranie towarzystwa higienicznego niemieckiego odbędzie się 12—15 września w Trier. Przedmiotem obrad będą: zwalczanie dżumy, zaopatrzenie w wodę zapomocą zamykania dolin (Thalsperren) pod względem higienicznym, przyczyny i zwalczanie wielkiej śmiertelności osesków, higiena sportu kołowego, sprawa małych mieszkań w miastach.

Mianowani: Dr. W. Stankiewicz naczelnym lekarzem szpitala ewangelickiego w Warszawie, Prof. Cramer następcą L. Meyera na katedrze psychiatryi w Getyndze, Prof. Poppert następcą Bosego na katedrze chirurgii w Giessen.

Zmarli: w Drohobyczu Dr. J. Janowski, starszy lekarz powiatowy, w 59 r. ż.; w Wiedniu słynny otyatra prof. Józef Gruber w 73 r. ż. autor znanego powszechnie podręcznika i wielu cennych prac drobniejszych; — w Warszawie Dr. Michał Misiewicz w 46 r. ż.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *Gazeta lekarska* Nr. 14: Doc. Dr. Barącz: Wsteczne uwięźnięcie i okręcenie sieci naokoło osi w jamie brzusznej. A. Lande: O stosunku ostrego gośćca stawowego do róży, oraz o patogenezie ostrego gośćca stawowego. J. Czajkowski: O pategenezie głębokich ropni przedniej ściany brzucha. (c. d.) *Medycyna* Nr. 14: D. K. Rzętkowski: Kilka uwag o chorobie Thomsena (dok.). W. Rodys: Przypadek tężca, leczony surowicą przeciwtężcową. Wyzdrowienie. J. Sunderland: Badanie jakościowe moczu (dok.). *Nowiny lekarskie* Zesz. 7: Dr. M. W. Herman: Uwagi i myśli w sprawie postępowania przeciwgnilnego i bezgnilnego w chirurgii (dok.). Dr. S. Horoszkiewicz: Przypadek rany kłótej. *Krytyka lekarska* Nr. 4. J. Steinhaus: Nowotwory, ich przyczyny i klasyfikacya (dok.). Ad. Wrzosek: O znachorstwie u nas i środkach walki z niem. Dr. Wład. Zahorski: Prof. Józef Frank w Wilnie.

Redakcya otrzymała: Dr. R. Bernhardt: Choroby skóry, przez grzybki wywołane *(dermatomycoses)*. *Odczyty kliniczne* Serya XII Zesz. 1, 2. Warszawa 1900. Dr. H. Kucharzewski: Un cas de blennorrhagie compliquée de rhumatisme... et d'iridocyclite. Paris 1900. Prym. Dr. A. Krokiewicz: Das Verhalten des Blutes in Verlaufe von Magencarcinom. (odb. z *Archiv. für Verdauungskr.* Berlin 1900).

— Zbiór prac z kliniki lekarskiej Uniw. lwowskiego pod dyrekcyą prof. Dr. A. Gluzińskiego: Zeszyt I i II, 1899 i 1900 r.

— Dr. Sacewicz K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. (Odbitka z *Medycyny*, 1898).

— Tenże: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. (Odbitka z *Medycyny*, 1899).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 18 kwietnia, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. St. Dobrowolski omówi „Trzy przypadki cięcia cesarskiego metodą Fritscha, wykonane w roku szkolnym bieżącym w krakowskiej klinice położniczej“, a kol. M. Nartowski wygłosi wykład p. t. „Fizyologiczne i lecznicze działanie promieni światła słonecznego i elektrycznego“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**